

## AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore):

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

### **DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE DELLA PERSEGUIBILITA' INCASO DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI**

- 1) di NON avere sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°C, tosse, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, dolori diffusi, affanno, astenia, ecc.;
- 2) di NON essere entrato in contatto, per quanto a conoscenza, con persone affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro, etc.) negli ultimi 14 giorni;
- 3) di NON provenire, a far data dagli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS, del Governo e delle Regioni;
- 4) di NON aver ricevuto comunicazione da parte delle Autorità Sanitarie in merito ad un contatto diretto con una persona contagiata dal Coronavirus;
- 5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37,5°C) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico;
- 6) di essere consapevole di non poter fare ingresso e di non poter permanere presso l'area ove si svolge l'attività e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, tosse, ecc.);
- 7) di NON essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

### **AUTORIZZA**

LA SOCIETA' ORGANIZZATRICE al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

In fede,

\_\_\_\_\_  
(luogo)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)