

Autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. 445/2000

Il sottoscritto (Cognome Nome) nato il tesserato

dichiara sotto la propria responsabilità

o del genitore se minorenni (Cognome Nome)

che negli ultimi 14 giorni di:

a) non essere sottoposto alla misura della quarantena, di non essere risultato positivo al test per la rilevazione del COVID-19, di essere in buona salute e di non avere sintomi influenzali;

CHECK LIST

Febbre > 37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

b) non aver avuto contatti negli ultimi 14 giorni, per quanto a propria conoscenza, con soggetti positivi al COVID-19 o in quarantena o con un soggetto che a sua volta è stato a stretto contatto con una persona alla quale è stato diagnosticato il COVID-19 oppure con persone provenienti da comuni all'interno di "zone a rischio/rosse" italiane o estere, oggetto di provvedimenti restrittivi da parte delle autorità locali.

c) non essere residente o domiciliato e comunque di non provenire dai comuni di cui alla precedente lettera b) e di non averli visitati negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente a ogni variazione circa le circostanze suddette e, in tal caso, ad astenersi dall'accesso agli impianti.

ALTRE NOTIZIE UTILI CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19

.....
.....

Io sottoscritto, o genitore, in caso di minorenni, come sopra identificato attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione anche al rischio del contagio all'interno della struttura sportiva e alla pratica di attività sportiva agonistica. Autorizzo la Società intestataria al trattamento dei miei/di mi* figli* dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente

Data...../...../ 2020

Firma del dichiarante o del Genitore.....

Let' fun- Let's Dance asd di promozione sociale – letsfunorbassano@gmail.com - Tel. 333 9204303 – 339 2341552

SEDE LEGALE Strada Pendina n.11 – 10043 ORBASSANO (TO) C.F./P.IVA 95583770011
