

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

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

Cognome		Nome	
In caso di Genitore/tutore legale indicare il cognome e nome del Partecipante			
Nato/a		il	
Residente in		Via e n.	
Tel.		E-mail	
Nella sua qualità di (*)			

(*) specificare: es. Atleta Tecnico, Insegnante, Allenatore, Operatore, Collaboratore, Partecipante

DICHIARA

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

	SI	NO
• è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
• è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
• ha avuto negli ultimi tre giorni sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?		
• manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).		

Dichiara di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo ovvero prima di un evento/gara/manifestazione eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

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, inoltre **SENTIERO D'ARTE TORRECHIARA LANGHIRANO - AIMA ODV SEZ. DI PARMA**

(indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva/Comitato/Organizzazione) 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.

Luogo e data

Firma del partecipante o del genitore/tutore legale per minorenni

.....