

AUTOCERTIFICAZIONE

(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ nato/a
a _____ (____) il _____ residente a _____ (____) Via _____ N. _____

In caso di minore:

Genitore/tutore del minore _____ C.F. _____ nato/a
a _____ (____) il _____ residente a _____ (____) Via _____ N. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nonché dalle sanzioni penali e amministrative previste in caso di mancata osservanza delle misure di contenimento e prevenzione dalla diffusione del virus SARS-CoV-2(Covid-19)

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di non essere attualmente affetto (e che ogni minore non è attualmente affetto) da COVID-19 e di non essere stato sottoposto (e che ogni minore non è sottoposto) a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 gg;
- di non essere affetto attualmente (e che ogni minore non è attualmente affetto) da patologia febbrile con temperatura pari o superiore a 37,5° C;
- di non accusare al momento, (e che ogni minore non accusa al momento) tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- di non aver avuto contatti stretti (e che ogni minore non ha avuto contatti stretti) con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- di non aver avuto contatti stretti (e che ogni minore non ha avuto contatti stretti) con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni;

Autorizza, inoltre l' **A.S.D. Armonia 2** 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 dell'atleta o del genitore/tutore legale per minorenni.....

Allegati:

Copia della Carta di identità o di altro documento valido

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ nato/a
a _____ () il _____ residente a _____ () Via _____ N. _____
Telefono (cellulare con numero WhassApp) _____
Email _____

In caso di minore:

Genitore/tutore del minore _____ C.F. _____ nato/a
a _____ () il _____ residente a _____ () Via _____ N. _____
Tel.....email.....

RICHIEDE

- Di effettuare una lezione di prova presso il Centro Sportivo di Via Bacchiglione, 1*.
- Che il proprio figlio possa effettuare una lezione di prova presso il Centro Sportivo di Via Bacchiglione, 1*.
- Di effettuare una lezione di prova per attività motoria all'aperto*.
- Che il proprio figlio possa effettuare una lezione di prova per attività motoria all'aperto*.

*Specificare lezione di interesse, data e orario

Lezione di.....in data.....alle ore.....

A tal proposito, non avendo ancora la qualifica di socio con relativa copertura assicurativa, manleva da qualsiasi responsabilità l' **A.S.D. Armonia 2** e l'istruttore preposto allo svolgimento della lezione di prova, per eventuali infortuni che dovessero accadere al proprio figlio.

Luogo e data

Firma dell'atleta o del genitore/tutore legale per minorenni.....

Allegati:

Copia della Carta di identità o di altro documento valido