

DICHIARAZIONE di Responsabilità (ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) nell'ambito della prevenzione e contenimento del contagio da COVID – 19

Il sottoscritto (Cognome Nome) nato a _____
il / / nazionalità n° c.identità _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
nr. cellulare _____ email _____

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI in caso di RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI
ai sensi degli artt. 75 e 76 DPR 28/12/2000 n. 445**

nella sua qualità di tutore del/i minore/i nome e cognome _____

nato/a il / / a _____ rapp. parentela col dichiarante _____

DICHIARA:

- di non essere affetto da COVID-19
- di non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie
- di non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere all'impianto se non in possesso di un certificato di guarigione.
- Di essere stato affetto da Covid-19 in forma lieve o asintomatica per cui non si intende effettuare la visita medica di accertamento per la ripresa dell'attività motoria.
- Di essere stato affetto da Covid-19 in forma tale per cui si allega il certificato medico di idoneità.

DICHIARA ALTRESI'

- Che la famiglia convivente non è stata in Stati o territori esteri, per i quali ad oggi vige al rientro in Italia l'obbligo di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario nella modalità di cui agli artt. 4 e 5 del DPCM 11 giugno 2020;
- Che la famiglia convivente non ha soggiornato (e che ogni minore non ha soggiornato) in Stati o territori diversi da Stati membri dell'Unione Europea, Stati parte dell'accordo di Schengen, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Andorra, Principato di Monaco, Repubblica di San Marino, Stato della Città del Vaticano. *(Elenco suscettibile di continui aggiornamenti)*
- Si impegna a comunicare l'eventuale successiva comparsa dei sintomi sopra riportati, che si manifestino in qualcuno dei membri del nucleo familiare.

Mi impegno ad informare il medico di famiglia in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
- esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
- qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da linee guida istituzionali che mi sono state fornite.

Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso l'impianto sportivo ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679)

Luogo e data: / / , firma leggibile del dichiarante: _____