**Settore di Attività CALCIO BRA-CUNEO**

**Via Mercantini, 9 – 12042 – Bra (CN) - www.uisp.it/bra -** [**calcio.bracuneo@uisp.it**](mailto:calcio.bracuneo@uisp.it)

**CATEGORIA – CALCIO A 7 Caramagna Piemonte - ASSOCIAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Gara del Giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAMPO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

I sottoscritti (genitore/tutore legale dell’atleta in caso di minore) **DICHIARANO** che non hanno avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19. **DICHIARANO** inoltre che:

* negli ultimi 14 giorni **NON SONO** stati in contatto stretto con persone affette da Covid-19
* negli ultimi 14 giorni **NON SONO** stati in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio
* **NON HANNO 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)
* **NON MANIFESTANO** 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)

**I sottoscritti attestano sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevoli 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).**

Autorizzano, inoltre UISP Comitato Territoriale Bra-Cuneo APS 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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Cognome e Nome | | **Data di nascita** | **Documento/ n. Tessera** | **Firma Atleta** |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  | | Cognome e Nome | **Data di nascita** | **Documento/ n. Tessera** | **Firma** |
| Dir. Resp. | |  |  |  |  |
| Allenatore | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

Io sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirigente Responsabile della squadra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver verificato e controllato con l’App VerificaC19 la validità del Green Pass Rafforzato di tutti i componenti della squadra (atleti e dirigenti) inseriti nella presente lista gara..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirigente Responsabile** |  | **Direttore di Gara** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |