

Allegato: C

DICHIARAZIONE RISPETTO PRESCRIZIONI SANITARIE
GRUPPO SQUADRA

GARA DEL _____

SOCIETA' _____

fra _____ vs _____

Il Sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ via _____

Codice fiscale _____ N° Tess. Uisp _____

In qualità di Presidente / Responsabile, accompagnatore ufficiale , con la presente

CERTIFICA IL RISPETTO

da parte di tutto il Gruppo Squadra partecipante alla gara sopra indicata delle prescrizioni sanitarie relative agli accertamenti Covid-19 previsti dai protocolli vigenti e dalle normative legislative. In allegato elenco completo delle persone partecipanti alla gara.

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato/a attesta sotto sua responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, e di avere ritirato e conservato le attestazioni in riferimento all' AUTODICHIARAZIONE COVID 19 personali, 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).

Data _____

Firma leggibile del responsabile

Detta dichiarazione deve essere consegnata in originale 1 (una) all'arbitro, e 1 (una) all'altra squadra.