

### AUTODICHIARAZIONE COVID 19 – MINORENNE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_,

nella sua qualità di GENITORE/ TUTORE del MINORENNE \_\_\_\_\_

essendo a conoscenza delle misure di contenimento del contagio previste dalla normativa in materia di COVID-19,  
dovendo accedere agli spazi e alle attività di VOLVERATLETICA

### 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?		
è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
ha avuto nelle ultime due settimane 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 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 l'A.S.D. GIRASOLE SPORTIVO al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data .....

Firma .....