AUTODICHIARAZIONE

PRELIMINARE ALL'AMMISSIONE AI LOCALI

(da compilare da parte di tutti coloro che entrano nella sede dell'ASD/SSD)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a_____ il __/__/____ e residente

a_____ in via _____

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), in qualità di (barrare la scelta):

☐ atleta di danza sportiva,

☐ operatore sportivo (tutti coloro che non sono atleti),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere ad oggi a conoscenza di aver contratto il virus Covid-19 di cui all'art. 1 comma 1 lettera c del DPCM 8 marzo 2020;
- Di non avere allo stato attuale e di non avere avuto nei precedenti 14 giorni nessuno dei seguenti sintomi:
  1. Febbre maggiore di 37.5 °C
  2. Astenia (facile stancabilità)
  3. Disturbi dell'olfatto e del gusto
  4. Tosse secca
  5. Difficoltà respiratoria
- Di non essere entrato in stretto contatto con casi Covid-19, sospetti o confermati, nei 14 giorni precedenti la data odierna;
- Di aver preso visione del protocollo applicativo di sicurezza della FIDS esposto presso il centro di danza sportiva nonché dei documenti in esso richiamati;
- Di aver misurato, in data odierna, la propria temperatura corporea confermandola inferiore a 37.5 °C.
- Solo per gli atleti:
- Di essere in possesso di idonea certificazione agonistica/non agonistica in corso di validità sulla base delle vigenti norme federali sanitarie;
- Di essere stato autorizzato a riprendere gli allenamenti dal medico curante secondo il protocollo elaborato dalla FMSI-Federazione Medico Sportiva Italiana per atleti che avessero sofferto di malattia da SARS-CoV2.

Data __/__/____ Firma _____

NOTE

1. In caso di minori la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.

2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al regolamento UE n°2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.

3. Il sottoscrittore si impegna a comunicare prontamente ogni qualunque variazione del quadro clinico al medico referente e deve sospendere immediatamente le attività.

Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____
Data __/__/____ Firma _____	Data __/__/____ Firma _____