

AUTODICHIARAZIONE **ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR n.445/2000**

il/i sottoscritto/i

nome	cognome	
nato a	nato il	C.F.
residente in	via	
telefono		

se figlio minorenni, genitore di

nome	cognome	
nato a	nato il	C.F.
telefono		

DICHIARO QUANTO SEGUE

1. In possesso di certificazione medica per l' idoneità dell'attività sportiva agonistica e/o non agonistica in corso di validità.
2. Assenza negli ultimi 14 giorni dei seguenti sintomi riferibili a contagio da SARS-Cov-2 Febbre maggiore di 37,5, tosse, stanchezza, mal di gola, mal di testa, dolori muscolari, congestione nasale, nausea, vomito, perdita di olfatto e gusto, congiuntivite , diarrea.
3. Assenza di contatti con casi confermati casi sospetti e casi probabili di COVID-19.
4. Non sottoposto a regime di isolamento fiduciario da parte delle autorità o giudicato formalmente guarito dalle autorità sanitarie competenti.
5. Mi impegno a rispettare le misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie e ad autorizzare la misura della temperatura corporea all'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 e successive modifiche.
6. Ho ricevuto una copia del documento "PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CONTAGIO DA SARS-CoV-2 NELLE ATTIVITA' SPORTIVE DEL CALCIO PADOVA C5".
7. Ho letto attentamente e compreso il predetto documento di cui al punto 6) e conseguentemente mi impegno a rispettare ed a far rispettare tutte le disposizioni e prescrizioni ivi contemplate, condividendo gli scopi di queste norme stabilite per la sicurezza e per la tutela della salute di tutti.
8. Mi impegno, nel caso cui dovesse variare anche una sola delle condizioni di cui alla presente certificazione, a darne tempestiva comunicazione al CALCIO PADOVA C5 ed alle competenti autorità sanitarie.
9. Mi impegno, nel caso in cui dovesse variare anche una sola delle condizioni di cui alla presente certificazione, a darne tempestiva comunicazione al CALCIO PADOVA C5 ed alle competenti autorità sanitarie.

Il/la sottoscritto/a, come sopra identificato , attesto sotto la mia 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 ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46. D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo espressamente la S.S.D. Calcio Padova C5 al trattamento di tutti i miei dati ed in particolare dei dati particolari e sensibili 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.

PADOVA, _____

FIRMA ATLETA _____
(firma leggibile)

FIRMA GENITORE _____
(firma leggibile)