ASD BIKEVOLLEYSUMMER **STATO SALUTE FIGLIO/A e FRATELLO/SORELLA**

Il/la Sottoscritto/a _____nato /a il _____a_____

Residente in _____(_____),Via_____NR_____

Domiciliato in_____(_____),Via_____NR_____

Identificato a Mezzo di (numero documento)_____Rilasciata da_____Il_____

Genitore di: Figlio,a _____Figlio,a _____

Figlio,a _____Figlio,a _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? **SI** **NO**

è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio? **SI** **NO**

è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti? **SI** **NO**

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)? **SI** **NO**

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). **SI** **NO**

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 ASD BikeVolleySummer 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.

DATA E LUOGO Firma dell'atleta o del genitore/tutore legale per minorenni

ASD BikeVolleySummer
Sede Legale Via Manfredo Fanti , 15 50019 Sesto Fiorentino
Tel +393358397133 C.F 94226420480
www.bikevolleysummer.it
bikevolleysummer@gmail.com