

Modulo di Autodichiarazione COVID-19 AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____,
nato il ____ / ____ / ____ a _____ (____),
residente in _____ (____),
Via _____,
Tel _____,
Cell _____ email _____, in
qualità di _____ del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Che il minore non presenta e non ha presentato sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea superiore a 37.5° C, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- che il minore non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- Di non aver avuto contatti stretti (per la definizione vedi circolare 0018584-29/05/2020 del Ministero della Salute) negli ultimi 14 giorni con persone a cui è stato diagnosticato il coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).
- di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste dalle linee di indirizzo regionali per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare con la massima cautela anche al di fuori del contesto della struttura;
- di essere a conoscenza di tutte le disposizioni organizzative e igienico-sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19 applicate alla struttura.

In fede

1-Data: _____ Firma A _____ Firma B _____

2-Data: _____ Firma A _____ Firma B _____

3-Data: _____ Firma A _____ Firma B _____

4-Data: _____ Firma A _____ Firma B _____

Note:

- a) *In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale*
- b) *Gli atleti positivi al Covid-19 accertati e guariti dovranno fare riferimento per gli accertamenti al Protocollo della FMSI (vedi sezione dedicata Protocollo FIPAV) ed osservare un periodo individuale di graduale ripresa nei successivi 15 gg prima di iniziare gradualmente gli allenamenti e sotto l'attento controllo del Medico di Medicina Generale. Il Medico potrà, a suo giudizio, ampliare test ed esami.*

Informativa privacy:

In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che VOLLEY TEAM SAN DONA ASD/VOLLEY TEAM JESOLO ASD si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

1-Data: _____ Firma A _____ Firma B _____

2-Data: _____ Firma A _____ Firma B _____

3-Data: _____ Firma A _____ Firma B _____

4-Data: _____ Firma A _____ Firma B _____