

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Per sé o quale esercente la potestà genitoriale di :

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

DICHIARA, PER SE' ED EVENTUALMENTE PER IL MINORE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:

- **NON** è stato sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al SARS-CoV-2;
- **NON** ha avuto sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associate o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati alla infezione da SARS-CoV-2;
- **NON** ha conviventi con sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associate o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi da SARS-CoV-2;
- **NON** ha avuto contatti con casi accertati di SARS-CoV-2, o con persone positive al, o comunque con persone che, anche se negative, sono assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di SARS- CoV-2;
- Nel caso in cui ne fosse stato sottoposto, **NON** è risultato **POSITIVO** al tampone per la ricerca del virus SARS-CoV-2
- di essere consapevole che l'accesso all'A.S.D. Armonia può comportare un rischio d'infezione da Covid-19 in caso di mancato rispetto delle Misure di Sicurezza previste dalle: "Linee guida per la ripresa delle attività dell'A.S.D. Armonia" di cui si è stati informati tramite apposita comunicazione a tutti gli utenti e **dichiara di averne preso visione PRIMA di sottoscrivere tale dichiarazione esonerando espressamente la ASD. Armonia e tutti i suoi membri da qualunque responsabilità in caso di infezione da Covid-19.**

INOLTRE

- si IMPEGNA a comunicare tempestivamente QUALSISASI cambiamento di stato di una delle dichiarazioni rese tramite la presente autodichiarazione.

Luogo e data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 di attività sportive (art.46 D.P.R. 445/2000).

Autorizzo inoltre A.S.D.ARMONIA al trattamento dei miei 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.

Luogo e data _____ Firma _____