

AUTODICHIARAZIONE PERMANENTE

PRELIMINARE ALL'AMMISSIONE AI LOCALI

da compilare da parte di tutti coloro che entrano nella sede dell'ASD Danza 3 al primo ingresso e che avrà validità fino ad eventuale variazione delle situazioni autocertificate

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a _____

C.F. _____ il _____

residente _____

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, fitness, altro

Istruttore sportivo

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- 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 nello stato attuale ed avuto nei precedenti 14 giorni, alcuno dei seguenti sintomi:
 - Febbre maggiore di 37.5 °C
 - Astenia (facile stancabilità)
 - Disturbi dell'olfatto e del gusto
 - Tosse secca
 - 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.

Il sottoscritto prende atto che la presente autodichiarazione viene rilasciata in nome proprio e si impegna a dare immediata comunicazione all'ASD/SSD in caso di ogni variazione ad una delle dichiarazioni di cui sopra informando anche il proprio medico curante.

Data _____

Firma _____

NOTE

1. 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.
2. Il sottoscrittore si impegna a comunicare prontamente ogni qualunque variazione del quadro clinico al medico referente e deve sospendere immediatamente le attività.