Comitato Italiano Paralimpico

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 PER ATLETI/TECNICI TESSERATI

Il sottoscritto _____, nato il ____ . ____ . _____ a _____ (_____), residente in _____ (_____), via _____ e domiciliato in _____ (_____), via _____, identificato a mezzo _____ nr. _____, rilasciato da _____ in data ____ . ____ . _____, utenza telefonica _____, mail _____

(**In caso di soggetti minorenni o incapaci compilare anche questa sezione. In tal caso le dichiarazioni che seguono saranno riferite al minore/incapace**), quale esercente la potestà genitoriale/tutore di: (*nome del minore/ incapace*)_____ (*cognome del minore/incapace*)_____

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del citato Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

per quanto di propria conoscenza, per se o per il minore tesserato e con riguardo ad ogni accesso eseguito presso l'impianto Tre Fontane di Roma, quale atleta/tecnico tesserato:

- di non essere stato affetto da COVID-19;
- di non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie;
- di non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di non avere avuto sintomi riferibili a COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di essere consapevole che nel caso di mutamento delle condizioni sopra dichiarate potrò accedere all'impianto solo se in possesso di certificato di avvenuta guarigione.

Mi impegno ad informare il medico sociale e a non frequentare l'impianto sportivo, in caso di:

- comparsa di temperatura pari o superiore ai 37.5°C;
- esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
- sintomatologia riferibile al Covid (tra cui tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

Autorizzo la rilevazione della temperatura corporea per l'accesso all'impianto.

Dichiaro di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Reg UE 679/2016 (GDPR) in relazione all'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 s.m.i. e autorizzo il trattamento

Luogo e data_____

Firma _____