

AUTODICHIARAZIONE ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ Codice Fiscale _____

Tessera FIPSAS n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 46/47 DPR 445/2000)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena; - di non presentare alla data di sottoscrizione della presente autodichiarazione sintomi riconducibili all'infezione da COVID19 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie) o altri sintomi influenzali; - di non aver avuto, per quanto a propria conoscenza, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus e/o con persone in quarantena per coronavirus; - di accettare e rispettare tutte le prescrizioni di sicurezza sanitaria predisposte dall'Associazione relativamente all'accesso nei locali della sede sociale e, in particolare: a) la misurazione quotidiana della temperatura al proprio domicilio con l'obbligo di rimanervi, in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi riconducibili al COVID19 o altri sintomi influenzali, e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria; b) la consapevolezza e l'accettazione del fatto di non poter entrare o di non poter permanere nella sede sociale e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio; c) l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e dell'Associazione nell'accedere ai locali della sede sociale e in particolare di mantenere la distanza di sicurezza, di indossare la mascherina, di osservare le regole di igiene delle mani e di tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene in generale; d) l'impegno a informare tempestivamente il responsabile del presente protocollo, nella persona del Presidente dell'Associazione, della presenza di qualsiasi sintomo riconducibile al COVID19 o altro sintomo influenzale, accusato durante la permanenza nell'impianto sportivo, avendo cura di rimanere alla distanza di sicurezza dalle persone presenti.

Data _____

Firma del dichiarante _____

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 di prevenzione da Covid-19. Con la sottoscrizione della presente, l'interessato dichiara di aver preso visione e di accettare l'informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 qui di seguito.