Spett.le ASD/ SSD

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTODICHIARAZIONE PERMANENTE**

**PRELIMINARE ALL’AMMISSIONE DEI LOCALI
(da compilare da parte di tutti coloro che entrano nella sede dell’ASD/SSD al primo ingresso e che avrà validità fino ad eventuale variazione delle situazioni autocertificate)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000):

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

* di non essere risultato positivo al COVID-19 ed, in caso affermativo di essere in possesso di certificato di negativizzazione avendo ricevuto due tamponi negativi;
* di non essere sottoposto alla misura della quarantena per sospetta infezione da COVID-19;
* di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio;
* di non aver avuto nei 14 giorni precedenti la data odierna sintomatologie riconducibili all’infezione da COVID-19;
* di non aver avuto contatti o familiarità, nei 14 giorni precedenti la data odierna, con persone affette da COVID-19 o con sintomatologie riconducibili all’infezione;
* di aver preso visione del protocollo e delle linee guida, per prevenire il contagio dal COVID-19, predisposte dalla ASD/SSD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**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.