



AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato /a		Il	
Residente in		Via e n°	

In qualità di genitore dell'atleta

Cognome		Nome	
Nato /a		Il	
Residente in		Via e n°	

DICHIARA

Che non è affetto da **Covid-19** (*Diagnosi accertata Covid-19*) e che negli ultimi 14 giorni

- È stato in stretto contatto con persone affette da Covid-19 ?	SI	NO
- È stato in stretto contatto con casi sospetti o ad alto rischio ?	SI	NO
- È stato in contatto stretto con famigliari di casi sospetti ?	SI	NO
- Ha avuto nelle ultime due settimane o manifesta attualmente sintomi riferibili ad infezione da Covid-19 ?	SI	NO
- Temperatura corporea sopra i 37,5°C	SI	NO
- Tosse	SI	NO
- Stanchezza	SI	NO
- Difficoltà respiratoria	SI	NO
- Dolori muscolari	SI	NO
- Diarrea	SI	NO
- Alterazioni di gusto e/o olfatto	SI	NO
- Congiuntivite	SI	NO

DICHIARA INOLTRE

di impegnarsi a comunicare prima di ogni incontro eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, comprese l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione Covid-19

SI IMPEGNA INOLTRE A

- Controllare e verificare preventivamente ad ogni incontro temperatura corporea e/o il manifestarsi di qualsiasi sintomo riferibile all'infezione da Covid-19.
- Controllare e verificare preventivamente funzionalità dell'attrezzatura (efficienza bici, freni, pneumatici, ecc.)
- Controllare e verificare preventivamente la presenza di adeguate protezioni e abbigliamento (indispensabili: casco, mascherina o bandana, guanti da MTB, ventina, kit sostituzione camera d'aria)
- Ad accompagnare e ritirare il proprio figlio rispettando orari, luogo e modalità concordate
- **(in caso di minore di 14 anni)**
- Ad essere reperibile telefonicamente durante tutta la durata della lezione (in caso di necessità).

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione e/o omissione, anche in relazione al rischio di contagio durante l'attività sportiva (Rif. art.46 DPR n°445/2000)

Autorizza inoltre la Società Sportiva Fassabike MTB School al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi della normativa nazionale vigente.

Luogo e data _____ Firma di entrambi i genitori esercenti la patria potestà

<i>Cognome e Nome in stampatello</i>	

<i>Cognome e Nome in stampatello</i>	