



TEAM GALGIANA – Polisportiva Dilettantistica



AUTODICHIARAZIONE COVID -19

Il/la sottoscritto (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore)

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE IN VIA _____ CAP _____

COMUNE _____ STATO _____

NUMERO CELL _____ E-MAIL _____

In qualità di ATLETA - D.S. – Addetto Organizzazione – OSPITE – Genitore di.....
(barrare ruolo)

DICHIARA

Di essere in possesso di Green-Pass (doppia vaccinazione – prima dose/monodose – guarito da Covid-19 ultimi 6 mesi – tampone molecolare/antigenico negativo nelle ultime 48 ore)

(barrare.....)

- Di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 negli ultimi 14 giorni: SI NO
- Di essere stato in contatto con persone affette da Covid-19 ultimi 14 gg. SI NO
- Di essere stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti ne di provenire da zone dichiarate a rischio da OMS negli ultimi 14 gg. SI NO
- Di manifestare sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (a titolo esemplificativo: temperatura corporea sopra i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolo-articolari, alterazioni di olfatto e gusto) SI NO
- Di aver avuto negli ultimi 14 gg. sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (come elencati nel punto precedente) SI NO

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

AUTORIZZA

Il Bike Action Team Galgiana-Polisportiva Dilettantistica al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

Luogo e Data

Firma del Dichiarante