

ALL.1 _ MODELLO DI DICHIARAZIONE DA RENDERE DA PARTE DELL'ATLETA

DICHIARAZIONE

IL SOTTOSCRITTO _____

C.F. _____ TEL. _____

ATTESTA

- DI NON AVER AVUTO DIAGNOSI ACCERTATA DI INFEZIONE DA COVID-19;
- DI NON AVER AVUTO, NELLE ULTIME SETTIMANE, SINTOMI RIFERIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID-19 TRA I QUALI, TEMPERATURA CORPOREA > 37,5 °C, TOSSE, ASTENIA, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE, DOLORI MUSCOLARI, DIARREA, ALTERAZIONI O ASSENZA DELL'OLFATTO E DEL GUSTO;
- DI NON AVER AVUTO, NELLE ULTIME SETTIMANE, CONTATTI A RISCHIO CON PERSONE AFFETTE DA CORONAVIRUS.

IN FEDE

DATA _____ FIRMA DELL'ATLETA _____

[in caso di minore, firma anche dell'esercente
la potestà genitoriale]

NOTE

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 DI CUI ALL'INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART.13 DEL PREDETTO REGOLAMENTO.