

## DICHIARAZIONE E IMPEGNO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

n. cellulare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**dichiaro di** (*spuntare ogni casella*):

- non essere stato riscontrato positivo a infezione da Covid19,
- non aver riscontrato sintomi collegabili all'infezione da Covid19 nei 3 giorni antecedenti,
- non essere a conoscenza di aver avuto contatti con casi accertati di Covid19,
- avere una temperatura inferiore a 37,5°, come rilevato all'ingresso della struttura,
- essere consapevole che quanto dichiarato corrisponde al vero e delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio contagio.

**mi obbligo a** (*spuntare la casella*):

- segnalare **entro 24** ore ogni modifica delle mie predette condizioni di salute

**prendo atto** (*spuntare la casella*):

- che con la sottoscrizione del registro dei presenti attesterò il persistere delle mie predette buone condizioni di salute

**autorizzo**

\_\_\_\_\_  
(*denominazione dell'associazione/società sportiva*)  
al trattamento dei dati sul mio stato di salute ai sensi della normativa sulla privacy.

\_\_\_ / \_\_\_ / 2020

Firma \_\_\_\_\_