



Modulo di autocertificazione COVID-19
Da consegnare al personale dell'Associazione o dello Staff tecnico autorizzato

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Tipo Documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ in data _____

Tel _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere positivo al COVID-19
- Di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia negli ultimi 15 giorni dalla data di sottoscrizione del presente modulo.
- Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.) negli ultimi 15 giorni dalla data di sottoscrizione del presente modulo.

Informativa privacy:

In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che la POLISPORTIVA US AFFRICO, si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e di aver già prestato specifico consenso all'atto del tesseramento che i dati personali raccolti relativi saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede

Data: _____ Firma _____

Note:

- a) La presente autodichiarazione deve essere consegnata al personale dell'Associazione o dello Staff tecnico all'uopo autorizzato
- b) la presente autodichiarazione resterà a disposizione di eventuali controlli fino a 14 gg dalla presentazione della stessa.