



## ALLEGATO A

### AUTODICHIARAZIONE COVID 19

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

Cognome		Nome	
Cod.Fiscale		Cellulare	
<b>In caso di minori</b> Genitore di:			
Cod. Fiscale			

### DICHIARA

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

- Di essere provvisto di certificato GreenPass in corso di validità
- Di non aver diagnosi accertata di infezione da COVID-19 e/o di non essere in stato di quarantena
- Di essere in possesso di una visita medica in corso di validità e che, nel caso in cui l'atleta avesse avuto una diagnosi accertata di infezione da Covid-19, di essere guarito e di essere in possesso di relativa documentazione medica e che la data del certificato medico agonistico sia successiva alla data di guarigione certificata dalla malattia.
- Di non avere manifestato sintomi riferibili all'infezione Covid-19, tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5 °C, febbre, tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria, alterazione di gusto e olfatto, per un periodo precedente all'attività pari ad almeno 3 giorni.
- Di non aver avuto, negli ultimi 14 giorni, contatti con persone risultate positive al COVID-19, per quantodi mia conoscenza.
- Di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

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, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizza, inoltre Polisportiva Virtus Lissone ASD (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data .....

Firma dell'atleta o del genitore/tutore legale per minorenni

.....

