

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 PER TESSERATI FASI

Il sottoscritto _____, nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____ e
domiciliato in _____ (____), via _____, identificato a
mezzo _____ nr. _____, rilasciato da _____ in data ____ . ____ . ____,
utenza telefonica _____, mail _____

in qualità di diretto interessato (se maggiorenne) **oppure** in qualità di tutore **DEL MINORE:**

Cognome e Nome _____, nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____ e
domiciliato in _____ (____), via _____, identificato a
mezzo _____ nr. _____, rilasciato da _____ in data ____ . ____ . ____,
utenza telefonica _____, mail _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci:

1. Avere attualmente diagnosi di positività per COVID-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In caso di risposta affermativa vige l'obbligo di rimanere in isolamento ai sensi di legge.
2. Essere attualmente sottoposto/a alla misura della quarantena	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	I soggetti in quarantena – in quanto contatti stretti di pazienti con accertata infezione da SARS-CoV-2 – potranno partecipare ad allenamenti, trial e gare solo decorsi 14 giorni dall'ultima volta che sono stati a contatto con il caso positivo e previa trasmissione di referto, timbrato e firmato, di tampone negativo.
3. Essere stato/a sottoposto/a alla misura della quarantena nei precedenti 14 giorni . Data fine quarantena: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In caso di risposta affermativa specificare data di fine quarantena e produrre referto del tampone, timbrato e firmato, e attestazione medica di fine quarantena.
4. Aver avuto sintomi COVID-19 (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza profonda e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto) nei precedenti 14 giorni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In caso di risposta affermativa divieto di partecipazione ad allenamenti, trial e gare.
5. Essere stato/a in contatto diretto, nei precedenti 14 giorni , con persona che abbia manifestato sintomi COVID-19 (vedi sopra)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In caso di risposta affermativa divieto di partecipazione ad allenamenti, trial e gare.
6. Assumere l'impegno ad adottare e rispettare, per tutta la durata degli allenamenti e delle gare, le misure di prevenzione e protezione vigenti, istituite in funzione della necessità di limitare la diffusione del virus Sars-Cov2, a seguire le precauzioni previste dalle autorità sanitarie e quelle richieste dalla Società e presenti nei protocolli della Federazione Arrampicata Sportiva Italiana, di cui ho letto, compreso ed accettato tutti i contenuti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In caso di risposta negativa non si potrà accedere all'impianto né, se previsto, svolgere attività sportiva addestrativa o di gara.
6. Assumere l'impegno ad informare il medico federale, e a non accedere all'impianto sportivo, in caso di: comparsa di temperatura oltre i 37.5°; esposizione, a mia conoscenza, a casi probabili o confermati COVID-19; comparsa di sintomi riferibili a Covid-19 (tra i quali, a titolo non esaustivo, tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza profonda e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In caso di variazioni intervenute successivamente alla compilazione del modulo sarà la Commissione Medica a fornire indicazioni sulla possibilità o meno di partecipare all'attività addestrativa o di gara in programma .

Il sottoscritto autorizza la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso l'impianto sportivo ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Luogo e data _____ Firma sottoscrittore maggiorenne _____

Si allega copia del documento di riconoscimento.

E-mail: com.medica@federclimb.it