

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)

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 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 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	<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.

nei protocolli della Federazione Arrampicata Sportiva Italiana, di cui ho letto, compreso ed accettato tutti i contenuti			
6. Assumere l'impegno ad informare il medico federale, e a non accedere all'impianto sportivo, in caso di: <ul style="list-style-type: none"> • comparsa di temperatura oltre i 37.5°; • esposizione, a mia conoscenza, a casi probabili o confermati COVID-19; • comparsi 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 si impegna altresì a:

Autorizzare la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso l'impianto sportivo ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.

Autorizzare 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.