



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
Via Roma, 25033 Cologne -Bs-
C.F. 91023250177
WWW.ASDFUORIDIDANZA.IT

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

Io sottoscritto/a:

NOME		NATO/A A	
COGNOME		NATO/A IL	

per sé o quale esercente la potestà genitoriale di:

NOME		NATO/A A	
COGNOME		NATO/A IL	

DICHIARA, PER SE' ED EVENTUALMENTE PER IL MINORE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:

- NON è stato sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al SARS-CoV-2
- NON ha avuto sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associate o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati alla infezione da SARS-CoV-2;
- NON ha convivenuti con sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associate o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati alla infezione da SARS-CoV-2;
- NON ha avuto contatti con casi accertati di SARS-CoV-2, o con persone positive al, o comunque con persone che, anche se negative, sono assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di SARS-CoV-2;
- Nel caso in cui ne fosse stato sottoposto, NON è risultato POSITIVO al tampone per la ricerca del virus SARS – CoV-2;
- NON AVER contratto il SARS-CoV-2;

INOLTRE

- Si IMPEGNA a comunicare tempestivamente QUALSIASI cambiamento di stato di una delle dichiarazioni rese tramite la presente autodichiarazione.

Luogo e data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre L'ASD Fuori di Danza al trattamento dei miei 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 _____