

## AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale, in caso di minore):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(specificare se atleta, tecnico, dirigente, collaboratore.....)

in qualità di genitore/tutore legale di \_\_\_\_\_  
(inserire cognome e nome del minore)

### DICHIARA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID 19
- che il minore sotto la mia tutela non ha avuto diagnosi accertata di infezione da COVID 19 e che, negli ultimi 14 giorni:
- |                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| è stato in contatto stretto con persone affette da COVID 19 o loro familiari                                                                                                                                                                         | SI | NO |
| è stato in contatto stretto con casi sospetti, o ad alto rischio, o loro familiari?                                                                                                                                                                  | SI | NO |
| ha presentato, nelle ultime due settimane, sintomi* riferibili all'infezione da COVID 19?<br>(*temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto e dell'olfatto) | SI | NO |
| presenta attualmente sintomi* riferibili all'infezione da COVID 19?<br>(*temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto e dell'olfatto)                       | SI | NO |

**DICHIARA** inoltre di impegnarsi a comunicare, prima di ogni ingresso nel sito sportivo, eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compresa l'insorgenza di sintomi, quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto e dell'olfatto riferibili all'infezione da COVID 19.

**ACCETTA** le procedure organizzative ed igienico sanitarie che l'ASD **RUNNING SARONNO** intende adottare per contenere la diffusione del contagio da COVID 19, contenute nel Protocollo per la ripresa delle attività sportive che l'Associazione ha predisposto e di cui ho preso visione.

**ATTESTA** sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente, che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio.

**AUTORIZZA** inoltre l'ASD **RUNNING SARONNO** al trattamento dei propri dati personali, che non devono essere diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative (es. in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali "contatti stretti" di un soggetto risultato positivo al COVID-19), contenuti in questo atto.

Saronno, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante