

DICHIARAZIONE RIPRESA ATTIVITA'

(da consegnare al primo accesso all'attività o a scadenza CERTIFICAZIONE VERDE)

Il sottoscritto(ATLETA) _____

Codice Fiscale _____

nato a _____ il __/__/____

e residente in _____

Se attività con obbligo di CERTIFICAZIONE VERDE:

l'utente è in possesso di Certificazione Verde con data scadenza _____

ATTESTA

di essere in possesso della specifica certificazione di idoneità agonistica (DM 18/02/82) o non agonistica (D.M. 24/04/13) o di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (D.M. 24/04/13), in corso di validità.

di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19, oppure di essere in possesso di ultimo risultato del tampone negativo.

di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia negli ultimi 3 giorni

di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, trasferte fuori Italia ecc.) negli ultimi 14 giorni

di aver letto la documentazione fornita dalla Società relativa a **CONTRASTO E CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19**, nonché la parte relativa l'informativa sulla Privacy

si impegna a rispettare tutti i contenuti della documentazione fornita dalla Società relativa a **CONTRASTO E CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19**

Se l'atleta è minore:

si impegna a mettere a conoscenza l'accompagnatore di tutti i contenuti della documentazione fornita dalla Società relativa a **CONTRASTO E CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19**. L'accompagnatore dovrà rispettare tutte le prescrizioni e sostare nelle aree a lui dedicate.

In fede, data _____ firma dell'Atleta _____

Per atleti minorenni compilare i seguenti dati relativi al genitore che sottoscrive:

Nome Cognome _____

Codice Fiscale _____

firma _____

(Per i minorenni, firma di un genitore)

Accompagnatori (se diversi dal genitore) L'accesso è consentito max 1 alla volta

Nome Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nome Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nome Cognome _____

Codice Fiscale _____

A cura dell'organizzazione:

Data verifica _____ Firma di verifica _____