

AUTOCERTIFICAZIONE VALIDA FINO A ULTERIORE COMUNICAZIONE

(Per atleti maggiorenni che frequentino regolarmente i corsi)

Il sottoscritto (nome e cognome) _____,

nato il _____. _____. _____ a _____ (_____),

residente in _____ (_____),

via _____

identificato a mezzo _____ nr. _____, rilasciato da

_____ in data _____. _____. _____,

utenza telefonica _____, (obbligatoria)

ai fini dell'emergenza COVID 19 dichiaro

di aver compreso che la Polisportiva Senigallia ASD, per la ripresa dell'attività sportive,

- ha adottato tutte le misure di prevenzione e di protezione volte al contenimento del rischio di contagio nonché le misure di gestione di eventuali casi COVID-19 o sospetti in modo da limitare, per quanto possibile, la diffusione dell'infezione.
- ha fornito all'utenza puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da Covid-19 attraverso il proprio sito www.polisportivasenigalliaasd.it
- Si impegna durante il periodo di frequentazione della struttura sportiva, a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- Si avvale di istruttori, collaboratori, tecnici adeguatamente formati sulle procedure igienico sanitarie di contrasto alla diffusione del contagio.
- Realizza le procedure di triage all'ingresso ed adotta tutte le prescrizioni igienico sanitarie, tra cui le disposizioni circa il distanziamento, ove previsto per le discipline che pratica.
- Si impegna ad attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da Covid-19 da parte di un bambino o adulto frequentante le strutture sportive dove svolge le proprie attività, a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale.

Mi impegno

- a prendere conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna e di informarmi costantemente sulle iniziative intraprese dalla Associazione Sportiva in materia;
- a non frequentare la struttura sportiva in presenza di sintomi quali febbre (anche minima), tosse e/o raffreddore oppure se negli ultimi 14 giorni sia entrato in contatto con malati di COVID o con persone in isolamento precauzionale
- ad informare immediatamente il tecnico responsabile del corso frequentato di eventuali variazioni alle dichiarazioni rese di seguito
- a rispettare personalmente tutte le prescrizioni in materia di accesso alla struttura, flussi di percorso ed ogni altra indicazione atta al contenimento del virus e ad una ottimizzazione dell'organizzazione delle attività sportive

Dichiaro inoltre

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19
- di non essere entrato in contatto con pazienti con accertata infezione COVID 19 negli ultimi 14 giorni

Il sottoscritto, come sopra identificato, rilascia la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445

Prende atto che i dati acquisiti o raccolti tramite il presente modulo saranno trattati in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa sulla privacy ai sensi e per gli effetti di cui all'art.7 e ss. del Regolamento UE 2016/679

Luogo e data

firma leggibile
