

# Modulo per ingresso al campo attività ordinaria maggiorenne

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ e domiciliato/a in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, identificato/a a mezzo \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_  
cellulare di riferimento \_\_\_\_\_

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di non essere attualmente positivo accertato al COVID 19;
- ✓ Di non aver avuto negli ultimi 14 giorni, per quanto di mia conoscenza, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- ✓ Di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi respiratori (a titolo non esaustivo, temperatura corporea >37,5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) ed eventualmente di ritornare agli allenamenti/gare, dopo più di 14 giorni dal sussistere di tali sintomi;
- ✓ Nel caso di positività pregressa al COVID 19, di risultare attualmente "guarito" (Il paziente guarito è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da Covid-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2).

\_\_\_\_\_  
Data

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

SI PREGADI ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO

# Modulo per ingresso al campo attività ordinaria minorenni

DICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47

D.P.R.N.445/2000 PER MINORE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ e domiciliato/a in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, identificato/a a mezzo \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_

cellulare di riferimento \_\_\_\_\_

che esercita la responsabilità genitoriale per l'atleta minore \_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL FIGLIO MINORE

- ✓ È autorizzato ad allenarsi ;
- ✓ Non è attualmente positivo accertato al COVID 19;
- ✓ Non ha avuto negli ultimi 14 giorni, per quanto di mia conoscenza, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- ✓ E' a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi respiratori (a titolo non esaustivo, temperatura corporea >37,5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) ed eventualmente è rientrato agli allenamenti, dopo più di 14 giorni dal sussistere di tali sintomi;
- ✓ Nel caso di positività pregressa al COVID 19, risulta attualmente "guarito" (Il paziente guarito è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da Covid-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2).

\_\_\_\_\_  
Data

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

SI PREGA DI ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO