Spett.le:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A.S.D.

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_

Città

Al Presidente del Consiglio Direttivo

Sig**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oggetto: AUTODICHIARAZIONE COVID-19 (ai sensi art. 75 e 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_\_\_ COD. FISC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esercendo la patria potestà del figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale socio/tesserato della predetta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A.S.D. giusta Tessera Sportiva Base CSEN n.\_\_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PER IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI**

**DICHIARA**

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA QUANTO SEGUE:**

1. Di non essere affetto da COVID-19 e/o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
2. Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°C;
3. Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
4. Di non aver avuto contatti stretti (e che ogni minore non ha avuto contatti stretti) con persona affetta da COVID-19 sin da due giorni prima l’insorgenza dei sintomi;
5. Di non aver avuto contatti stretti (e che ogni minore non ha avuto contatti stretti) con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre, con la sottoscrizione del presente modulo consapevole dei rischi possibili in ambito di contagio COVID -19, si impegna a:

1. rispettare la normativa vigente al fine di evitare la contrazione del virus;
2. mantenere la distanza di sicurezza minima;
3. utilizzare l’apposita mascherina laddove fosse necessario e/o opportuno;
4. utilizzare il disinfettante per le mani messo presente nella struttura;
5. comunicare tempestivamente l’eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si dovessero presentare entro i successivi 8 giorni decorrenti da oggi sia a Voi, che all’Autorità Sanitaria Locale.

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede Firma leggibile del Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_