



Modulo di Autodichiarazione COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____

CF _____

nato/a a _____ () il ___/___/___

residente in _____

In Via _____ n. ___

Tipo Documento _____

N° _____

Rilasciato da _____

il _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- Di non aver avuto contatti a rischio negli ultimi 14 giorni con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).
- Di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento.

Dichiara altresì di obbligarsi ad informare immediatamente la ASD/SSD qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicate.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente.

In fede

In caso di minore o soggetto incapace

Genitore _____

LUNEDÌ Data: _____ Firma _____

MARTEDÌ Data: _____ Firma _____

MERCOLEDÌ Data: _____ Firma _____

GIOVEDÌ Data: _____ Firma _____

VENERDÌ Data: _____ Firma _____

Nota bene

a) In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da uno dei due genitori esercenti la responsabilità genitoriale.

b) La presente autodichiarazione deve essere firmata ad ogni accesso al centro sportivo alla ASD/SSD unitamente all'esibizione di un valido documento d'identità.

UNIONE RUGBY CAPITOLINA

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

Via Flaminia 867 – 00191 Roma – tel 06.3335047 – fax 06.33223623 – info@capitolina.com

codice Fir LARM190219 registro coni n.22480 – PI CF IT 06204131004 www.capitolina.com