LE G A NA V A L E I T A L I A N A

**ENTE PUBBLICO NON ECONOMICO A BASE ASSOCIATIVA**

S EZ IO N E D I BRINDISI

**AUTOCERTIFICAZIONE PROTOCOLLO ANTI\_COVID**

# Obbligatoria per ciascun membro di equipaggio o persona coinvolta nell’organizzazione della manifestazione

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

Il sottoscritto \_ nato il a

residente in via , C.F.

telefono , **consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)**

in caso di atleta minorenne a bordo compilare la parte sottostante

**nella qualità di genitore del minore** nato il a

 residente in , via , C.F.

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’

* l’assenza di sintomi riconducibili al COVID-19 quali tosse, raffreddore, febbre, associati o meno a difficoltà respiratorie;
* di non essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per COVID-19;
* di provvedere quotidianamente a misurare la temperatura corporea riscontrando che questa sia inferiore a 37,5° C;
* di essere a conoscenza dell’obbligo di rimanere nel proprio domicilio in presenza di febbre oltre i 37,5° C o altri sintomi influenzali;
* di essere a conoscenza del fatto che, se dovessero insorgere sintomi influenzali o febbrili, occorre rientrare immediatamente al proprio domicilio, e non permanere all’interno dell’impianto sportivo;
* di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni, in primis il distanziamento interpersonale, ed osservare le regole di igiene attraverso il lavaggio frequente delle mani e l’adozione di tutte quei comportamenti corretti dal punto di vista dell’igiene.

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato delle misure prese dal Comitato Organizzatore del VII TROFEO MINI ALTURA – ALTURA - V edizione TROFEO ETTORE GUADALUPI per il contenimento del rischio di contagio e si obbliga ad informare tempestivamente il Comitato Organizzatore nel caso cambiasse una o più condizioni tra quelle dichiarate nella presente autocertificazione.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali relativi al mio stato di salute contenuti in questo modulo, e alla sua conservazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e dell’art. 12 del DLgs 30/06/2003 n. 196

Data

firma leggibile

*1*