

AUTODICHIARAZIONE STATO SALUTE E INFORMATIVA (modulo per minorenni)

Spett.le ASD/SSD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

genitore di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_

e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_

identificato a mezzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' che il/la figlio/a

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio in base ai Decreti nazionali e regionali vigenti;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- negli ultimi 14 gg. di non aver avuto contatto con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- rimarrà al proprio domicilio in presenza di sintomi respiratori (a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) e che tornerà agli allenamenti, dopo tali sintomi, a seguito di esito negativo di tampone.

Attre dichiarazioni

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

data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del soggetto esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_