



XII TROFEO SANCILIO
Molfetta 26 settembre 2021

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/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
e residente in _____ alla 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 minorenni a bordo compilare la parte sottostante

In qualità di genitore dell'atleta _____ nato il _____ a _____
residente in _____ alla 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 13° Trofeo Sancio per il contenimento del rischio di contagio e si obbliga a 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

Lì, _____

Firma