



**Torneo Regionale Giovanile – 4<sup>a</sup> categoria m/f – 5<sup>a</sup> categoria m/f**  
**Palazzetto dello Sport “Paolo Caldarella” – Via Concetto Lo Bello, s.n. - Siracusa-**  
**27/28 marzo 2021**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/ \_\_\_\_/  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_,

presente in qualità di: GENITORE/ACCOMPAGNATORE DEL/LA MINORE:

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), residente  
in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_,

ATLETA con Tessera FITET n. ....

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

per quanto di propria conoscenza relativamente al/la suddetto/a minore:

- a) di non avere attualmente diagnosi di positività per COVID-19;
- b) di non essere attualmente sottoposto/a alla misura della quarantena;
- c) di non aver avuto sintomi COVID-19 (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza profonda e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto) nei precedenti 14 giorni e di non essere a conoscenza di essere stato/a in contatto diretto, negli ultimi 14 giorni, con persona che abbia manifestato sintomi COVID-19 (vedi sopra);
- d) di non aver ricevuto comunicazione da parte delle autorità sanitarie competenti in merito a contatti stretti (secondo la definizione della circolare del Ministero della Salute 0018584 del 29/05/2020) avuti negli ultimi 10 giorni con casi probabili o confermati COVID-19;
- e) di impegnarmi a fare adottare e rispettare, per tutta la durata della presenza nei locali, le misure di prevenzione e protezione vigenti, istituite in funzione della necessità di limitare la diffusione del virus Sars-Cov2, a seguire le precauzioni previste dalle autorità sanitarie e, comunque, quelle specificate nelle istruzioni contenute nei Protocolli della Federazione, di cui ho letto, compreso ed accettato tutti i contenuti, consapevole che, in caso contrario, non si potrà accedere alla struttura.

Mi impegno altresì ad informare il personale dell'organizzazione, in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°C;
- esposizione, a mia conoscenza, a casi probabili o confermati COVID-19;
- comparsi di sintomi riferibili a Covid-19 (tra i quali, a titolo non esaustivo, tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza profonda e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).

*Autorizzo la misura della temperatura corporea all'ingresso ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n.7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.*

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).*

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(\*) – specificare le generalità dell'atleta che si accompagna.