

| | | |
|---------------|---|---------------|
| LOGO SOCIETA' | Protocollo di Sicurezza EMERGENZA COVID-19 | LOGO SOCIETA' |
| | ALLEGATO 3- AUTOCERTIFICAZIONE | |

| |
|-------------------------|
| <u>AFFILIATO</u> |
| SOCIETA' |

| | |
|---|-------------|
| ATLETA – ALLIEVO - ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA – STAZZATORE (Maggiorenni) | |
| COGNOME | NOME |
| Tessera FIV n° | |

| | |
|------------------------------------|-------------|
| ATLETA – ALLIEVO (Minore) | |
| COGNOME | NOME |
| Tessera FIV n° | |

Il/la sottoscritto/a _____ *esercente la patria potestà del
minore _____

D I C H I A R A

- 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 non essere consapevole di avere avuto contatti diretti con soggetti risultati positivi al COVID-19
- Di non aver effettuato viaggi da e per luoghi che hanno comportato un periodo di quarantena;
- 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.

Data

___ \ ___ \ 2021

Firma

| | | |
|---------------|--|---------------|
| LOGO SOCIETA' | Protocollo di Sicurezza EMERGENZA COVID-19 | LOGO SOCIETA' |
| | ALLEGATO 3- AUTOCERTIFICAZIONE TABELLA TEMPERATURA CORPOREA | |

| |
|-------------------------|
| <u>AFFILIATO</u> |
| SOCIETA' |

| | |
|---|-------------|
| ATLETA – ALLIEVO - ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA – STAZZATORE (Maggiorenni) | |
| COGNOME | NOME |
| Tessera FIV n° | |

| | |
|------------------------------------|-------------|
| ATLETA – ALLIEVO (Minore) | |
| COGNOME | NOME |
| Tessera FIV n° | |

DICHIARA

| DATA | ORA | TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA | FIRMA |
|---------------|------------|----------------------------------|--------------|
|\...\2020 | 00,00 | 00,0° C | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| DATA | ORA | | FIRMA |

| | | |
|---------------|---|---------------|
| LOGO SOCIETA' | Protocollo di Sicurezza EMERGENZA COVID-19 | LOGO SOCIETA' |
| | ALLEGATO 3- AUTOCERTIFICAZIONE | |

| |
|-------------------------|
| <u>AFFILIATO</u> |
| SOCIETA' |

| | |
|---|-------------|
| ATLETA – ALLIEVO - ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA – STAZZATORE (Maggiorenni) | |
| COGNOME | NOME |
| Tessera FIV n° | |

| | |
|------------------------------------|-------------|
| ATLETA – ALLIEVO (Minore) | |
| COGNOME | NOME |
| Tessera FIV n° | |

Il/la sottoscritto/a _____ *esercente la patria potestà del
minore _____

IN CASO IN CUI SI SIA RISULTATI COVID +

DICHIARA

- 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 non essere consapevole di avere avuto contatti diretti con soggetti risultati positivi al COVID-19
- Di non aver effettuato viaggi da e per luoghi che hanno comportato un periodo di quarantena;
- 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.



Per i pazienti che sono **risultati COVID +** (soggetti che hanno effettuato un tampone nasofaringeo per ricerca di RNA virale risultato positivo):

Si dichiara:

- Di aver avuto una guarigione clinica ovvero 14 giorni di clinica silente;
- Di essere stato sottoposto ad accertamenti di non infettività mediante tampone nasofaringeo RNA.
- Di aver informato di quanto sopra il medico curante e/o il medico che ha rilasciato il certificato di idoneità alla pratica sportiva.

Data

___ \ ___ \ 2021

Firma
