

Tutte le dichiarazioni incluse in questo foglio firmato dal sottoscritto sono rese consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° , in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, sotto la mia responsabilità

Il mio doc. Id è il seguente: C.Id / Pat. / Passap. / Altro Specificare: \_\_\_\_\_ // Numero: \_\_\_\_\_ / Scade il \_\_\_\_\_

Rilasciato da: \_\_\_\_\_ In Data : \_\_\_\_\_ Residente a: \_\_\_\_\_ In Via Num: \_\_\_\_\_

### MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritto (Cognome e Nome): \_\_\_\_\_ // TELEFONO CELL: \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

in qualità di [barrare l'opzione corretta]:

Dichiarante

Genitore

Tutore

del minore (Cognome e Nome): \_\_\_\_\_

### DICHIARO QUANTO SEGUE

#### Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37,5°C	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stanchezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di testa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nausea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Perdita olfatto e gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

#### Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi Covid19 (tampone positivo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (non tampone)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Di avere effettuato negli ultimi 14 giorni soggiorni / transiti nei seguenti Paesi e territori: \_\_\_\_\_

Ulteriori dichiarazioni: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

La presente dichiarazione è rilasciata con consapevolezza della responsabilità penale cui il dichiarante può andare incontro in caso di dichiarazioni false (art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

SONO a conoscenza delle regole di distanziamento e le RISPETTERO' all'interno dell'impianto durante tutto l'evento. MANTERRO' indossati i dispositivi DPI, se mi sposto dal mio posto a sedere sono consapevole che devo mantenere lo stesso il distanziamento. SONO a conoscenza che se NON rispetterò questi punti verrò allontanato dall'impianto (e NON MI OPPORRO'), e sarò segnalato alla PS.

▪  In aggiunta a quanto siglato, se vengo a conoscenza di aver avuto contatti con persone a rischio COVID, fino al momento di ingresso all'impianto, DICHIARO di NON presentarmi allo stadio per entrare nell'impianto anche avendone i titoli di accesso.

Luogo e Data \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_