



## Allegato FIPE n. 2 (Autocertificazione per operatori sportivi)

**A.S.D. MIOSSPORT**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_, Email: \_\_\_\_\_

***(eventuale) in qualità di esercente la potestà/tutela sull'Atleta minore di 14 anni***

Cognome e nome del minore: \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

documento d'identità \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**iscritto presso questa ASD/SSD, consapevole delle sanzioni penali previste per la falsità degli atti, per le dichiarazioni mendaci e per l'uso di atti falsi, così come stabilito dagli art. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, sotto la propria personale responsabilità,**

### **DICHIARA**

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da Covid-19 vigenti in Italia a questa dichiarazione;
- nel caso di soggiorno estero, di non essere risultato positivo al Covid-19 oppure, ove risultato positivo ad un test RT PCR effettuato all'estero, di aver seguito scrupolosamente i protocolli sanitari previsti dalle autorità del Paese in cui è stato effettuato il test, di aver osservato 14 giorni di isolamento dall'ultima data nella quale si presentavano sintomi e di non essere più sottoposto a misure di quarantena da parte delle autorità locali;
- in ipotesi di contatti stretti con casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, aver osservato:
  - un periodo di quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso; oppure
  - un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.
- non essere affetto da Covid-19, ovvero di essere stato dichiarato guarito clinicamente con tampone negativo;
- non essere sottoposto alla misura di quarantena o isolamento fiduciario;
- non presentare febbre ed non accusare sintomi a questo riferibili (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, ecc.).

Dichiara altresì di aver letto, condiviso, compreso e accettato il regolamento interno e di averne ricevuto relativa copia. Autorizzo, inoltre, la misurazione della temperatura corporea ai fini della prevenzione dal contagio COVID-19.

***Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione rilevante, occorrente in futuro, rispetto a quanto dichiarato nel presente modulo nonché, ai fini della tracciabilità, nei successivi 10 giorni, alla data di riferimento di seguito resa.***

*Si autorizza la raccolta dei dati contenuti nella presente esclusivamente nell'ambito amministrativo per il quale viene rilasciato e nel rispetto della legislazione vigente in materia di privacy ai sensi del Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. 196/03 e s.m.i.*

Cervignano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( Località e data )

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile del dichiarante)