

# SCHEDA ANAMNESTICA / AUTODICHIARAZIONE COVID 19 PER ISCRITTI TRANSPELMO 2021

Il/la sottoscritto/a :

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

## DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE DELLA PERSEGUIBILITA' INCASO DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI

- 1) di NON avere sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°C, tosse, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, dolori diffusi, affanno, astenia, ecc.;
- 2) di NON essere entrato in contatto, per quanto a conoscenza, con persone affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro, etc.) negli ultimi 14 giorni;
- 3) di NON provenire, a far data dagli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS, del Governo e delle Regioni;
- 4) di NON aver ricevuto comunicazione da parte delle Autorità Sanitarie in merito ad un contatto diretto con una persona contagiata dal Coronavirus;
- 5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37,5°C) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico;
- 6) di essere consapevole di non poter fare ingresso e di non poter permanere presso l'area ove si svolge l'attività e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, tosse, ecc.);
- 7) di NON essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria 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).

## AUTORIZZA

ASS.ne ProLoco Zoldo Alto, in qualità di organizzatore TRANSPELMO, al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

In fede,

\_\_\_\_\_  
(luogo) \_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_  
(firma)