

AUTOCERTIFICAZIONE per assenza

DON MINZONI GUICCIARDINI PALAZZETTO SPORT PAOLO VALENTI

Il/la sottoscritto/a nome e cognome nato/a a
il corso frequentato.....
in nome e per conto del minore di seguito indicato.....
..... nato/a ail
giustifica l'assenza dei giornimotivazione.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che il sottoscritto o il proprio figlio può essere riammesso poiché nel periodo di assenza NON HA PRESENTATO sintomi potenzialmente sospetti e riconducibili a COVID-19.

IN CASO DI MALATTIA:

- ✓ di non essere risultato positivo al Covid-19 (se sottoposto a tampone allegare copia di esito);
- ✓ di essere stato dichiarato guarito clinicamente;
- ✓ di avere ripreso regolarmente l'attività scolastica (allegare copia certificato medico conforme a originale) o lavorativa;
- ✓ di non essere sottoposto alla misura di quarantena;
- ✓ di non essere entrato in contatto con soggetti positivi negli ultimi 14 giorni e/o di non provenire da aree di rischio secondo le indicazioni dell'OMS;

L'iscritto prende atto che la presente autodichiarazione viene rilasciata a nome proprio o anche del soggetto minore sopra identificato e **si impegna a dare immediata comunicazione a Polisportiva Tre Pietre associazione sportiva dilettantistica in caso di ogni variazione ad una delle condizioni di cui sopra (eventualmente intervenute per sé o per il minore), informando anche il proprio medico curante.**

Inoltre l'iscritto dichiara di aver ricevuto tutte le informazioni e si impegna, eventualmente anche in nome e per conto del minore sopra indicato, a rispettare tutti i regolamenti e protocolli adottati dall'associazione sportiva sopra menzionata come misure di contenimento del contagio da Covid-19.

I dati personali sopra riportati saranno trattati esclusivamente per le finalità di prevenzione come meglio indicato nell'informativa ex art. 13 Regolamento UE, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ed in ottemperanza al DPCM del 24 aprile 2020.

Data

Firma del dichiarante