Allegato 1

**Autodichiarazione stato di salute e informativa resa dall’atleta alla ASD/SSD di afferenza**

*Dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000 attestante l’assenza di infezione da SARS-CoV-2 e di rischi di contagio per gli altri per quanto di propria conoscenza (in caso di minori, autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000 per minore); l’autodichiarazione ha valenza 2 settimane, al termine delle quali deve essere fornita aggiornata*

Spettabile

ASD GARGANORIENTEERING

**Oggetto**: auto-dichiarazione proprio stato di salute

Il sottoscritto , nato il / / a ( ), residente in ( ), via n. e domiciliato in ( ), via n. , utenza telefonica , email

sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

* di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio in base ai Decreti nazionali e regionali vigenti.
* di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere positivo al COVID-19;
* negli ultimi 14 giorni di non aver avuto contatto con soggetti risultati positivi al COVID-19;
* di non presentare sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C);
* di essere consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere alle attività sportive se non in possesso di un certificato di guarigione.
* di impegnarsi a non partecipare alle attività sportive organizzate, in caso di:
  + comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
  + esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
  + qualsiasi sintomatologia respiratoria (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo), stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell’olfatto.
* di impegnarsi a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID- 19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui è a conoscenza.
* di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).
* altre dichiarazioni
* di impegnarsi a comunicare al Presidente di Società ogni variazione dello stato di salute collegabile al COVID-19

Monte Sant’Angelo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante o del genitore se minore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_