**AUTODICHIARAZIONE STATO DI SALUTE**

**Spettabile Comitato Organizzatore**

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_),

e domiciliato in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (n°\_\_\_\_) utenza telefonica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dichiara sotto la propria responsabilità:

● Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID‐19

● Di non essere sottoposto a sorveglianza sanitaria e/o isolamento fiduciario

● Di non aver avuto contatto, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID‐19 o in

isolamento domiciliare

● Di non presentare sintomi sospetti per infezione da COVID‐19 (a titolo di esempio: febbre maggiore di

37,5°, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell’olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale,

congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.)

● Di risultare, in caso di pregressa positività al COVID‐19, completamente guarito e di avere riacquisito la

necessaria idoneità sportiva

● Di segnalare immediatamente qualsiasi variazione delle proprie condizioni di salute rispetto a quanto

dichiarato nella presente, intercorrenti dall’atto di presentazione della stessa

● Di aver preso attentamente visione delle Istruzioni per la partecipazione allo Stage Regionale, di averle

comprese e rispettarle in ogni parte

● Di avere piena consapevolezza dei rischi e di sollevare l’Organizzatore, da qualsiasi responsabilità,

reclamo, richieste, azioni e cause di qualsiasi natura, direttamente o indirettamente derivanti o

correlate a qualsiasi perdita, danno, lesione o morte che possa essere causata o correlata al COVID‐19

● Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione (le

informazioni saranno trattate in conformità al Regolamento Europeo 2016/679 per le finalità di

prevenzione da COVID‐19)

**DICHIARA INOLTRE DI ESSERSI SOTTOPOSTO A TEST ANTIGENICO RAPIDO, ANCHE**

**AUTOSOMMINISTRATO, IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E ALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, IL CUI RISULTATO**

**E’ STATO NEGATIVO.**

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se minorenne, Nome Genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_