



DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID negli ultimi 10 giorni;
- Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro...) negli ultimi 10 giorni;
- Di non essere attualmente positivo al Covid-19 e di non essere stato sottoposto negli ultimi 10 giorni alla misura di isolamento fiduciario o di quarantena;

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- ☐ febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- ☐ sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- ☐ sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.)
- ☐ disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Milano, ____/____/____

Firma (genitore se atleta minorenni)

Note

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.