

Settore Enduro Gravity

MONTE SANT'ELMO ENDURO FREE RIDE
fattore K ID 156231 + fattore K ID 158095 E-Bike
gara del 28/03/21 - Eboli (SA) - Via San Donato
Evento organizzato da: Helmets Free Ride A.S.D.

Modulo di Autodichiarazione Covid-19 ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e successivi per l'ingresso in impianti o luoghi ove si svolge l'attività sportiva e non
Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a:il:.....

Residente in via :Nr.....

Città:Provincia:.....

Associazione di appartenenze (indicare nome):

Atleta: **SI NO** ----- Tecnico : **SI NO**

Numero tessera : - Valida fino al:

In caso di minorenni, lo stesso è rappresentato e accompagnato da:

Rapporto familiare : (madre, padre, etc):

Nome e Cognome:

Nato a:..... il:.....

Residente in via: Nr.....

Città:Provincia:.....

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CONSAPEVOLE DELLA PERSEGUIBILITÀ DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI
(Barrare la risposta)

1) di NON avere sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, dolori diffusi, affanno, astenia, ecc.; **SI NO**

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; **SI NO**

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; **SI NO**

4) di NON aver ricevuto comunicazione da parte delle Autorità Sanitarie in merito ad un mio contatto diretto con una persona contagiata dal Coronavirus; **SI NO**

7) di NON essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19; **SI NO**

8) di NON essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19; **SI NO**

5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37,5°C) o altri sintomi influenzali (raffreddore, tosse, stanchezza, ecc) e di chiamare il proprio medico; **SI NO**

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.); **SI NO**

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione

AUTORIZZA

La Helmets Free Ride A.S.D. al trattamento dei dati relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

In fede

Luogo _____ data _____ Firma del tesserato _____