



A.S.D. FOLIGNO TRIATHLON WINNER

Via Terminillo 6 – 06034 Foligno
folignotriathlonwinner@pec.it
folignotriathlonwinner@gmail.com
P.I. 03483420547

AUTOCERTIFICAZIONE – LIBERATORIA ATLETI

Il /La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ () il _____, e residente in _____ (), Via _____ n. _____ e Il /La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ () il _____, e residente in _____ (_____ n. _____, genitori di _____, nato/a a _____ (_____, e residente in _____ (), Via _____ n. _____,

DICHIARA/NO QUANTO SEGUE

- 1) Mio/nostro figlio è in possesso del certificato medico di idoneità sportiva con scadenza il _____;
2) Negli ultimi 14 giorni ha riscontrato nel minore sintomi quali :

Febbre superiore a 37,5	SI	NO
Tosse	SI	NO
Stanchezza	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Dolori muscolari	SI	NO
Congestione nasale	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vomito	SI	NO
Perdita olfatto e gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO

- 3) Eventuale esposizione al contagio:

CONTATTI casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	NO	CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti o con familiari di casi sospetti	SI	NO	CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

4) Preso atto, tramite il confronto con le informative divulgate, che le società ASD FOLIGNO TRIATHLON WINNER nel contesto della pandemia da COVID-19, hanno predisposto tutto quanto necessario al fine di porre la struttura sportiva e gli spazi adiacenti in totale sicurezza (presidi sanitari, dispenser per igienizzazione mani, riorganizzazione dei punti di entrata e di uscita, suddivisione degli spazi, igienizzazione di spazi e materiale, ecc.) al fine di svolgere l'attività evitando rischi di contagio, esonero le società suindicate nelle persone del Presidente e di qualsiasi altra figura sia dirigenziale che tecnica, da ogni responsabilità civile e penale, qualora dovessero verificarsi casi di contagio, rinunciando sin da ora a qualsiasi richiesta di risarcimento o di rimborso attuali o che si potrebbero rivendicare in futuro.

5) Il/La sottoscritto/a come sopra identificato attesto, sotto la mia responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività agonistiche (art. 46 DPR n. 445/2000).

Autorizzo, inoltre, le società sportiva ASD FOLIGNO TRIATHLON WINNER al trattamento dei miei dati personali e particolari compresi quelli di mio figlio relativi al suo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa privacy nazionale vigente.

Foligno, li _____

Firma _____

Firma _____

