Yachting Club
Marina del Gargano

AUTOCERTIFICAZIONE PROTOCOLLO ANTICOVID
CAMPIONATO PRIMAVERILE DI ALTURA

Obbligatoria per ciascun membro di equipaggio o persona coinvolta nell'organizzazione della manifestazione.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ residente in _____
via _____ , C.F. _____
telefono _____ , **consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)**

in caso di atleta minorenne a bordo compilare la parte sottostante

nella qualità di genitore del minore _____ nato il _____
a _____ residente in _____
via _____ , C.F. _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- l'assenza di sintomi riconducibili al COVID-19 quali tosse, raffreddore, febbre, associati o meno a difficoltà respiratorie;
- di non essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per COVID-19;
- di provvedere quotidianamente a misurare la temperatura corporea riscontrando che questa sia inferiore a 37,5°C;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere nel proprio domicilio in presenza di febbre oltre i 37,5° C o altri sintomi influenzali;
- di essere a conoscenza del fatto che, se dovessero insorgere sintomi influenzali o febbrili, occorre rientrare immediatamente al proprio domicilio, e non permanere all'interno dell'impianto sportivo;
- di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni, in primis il distanziamento interpersonale, ed osservare le regole di igiene attraverso il lavaggio frequente delle mani e l'adozione di tutte quei comportamenti corretti dal punto di vista dell'igiene.

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato delle misure prese dal Comitato Organizzatore del Campionato Primaverile per il contenimento del rischio di contagio e si obbliga ad informare tempestivamente il Comitato Organizzatore nel caso cambiasse una o più condizioni tra quelle dichiarate nella presente autocertificazione.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali relativi al mio stato di salute contenuti in questo modulo, e alla sua conservazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 12 del DLgs 30/06/2003 n. 196

Data _____ Firma leggibile_____