

Allegato

**Modello di dichiarazione da rendere da parte di
Atleti/Tecnici/Dirigenti/Medici/Fisioterapisti/Media**

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

C.F. _____

Numero di telefono _____

attesta

☐ di non aver avuto negli ultimi 14 giorni diagnosi accertata di infezione da Covid-19;

☐ di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea $> 37,5^{\circ}\text{C}$, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia;

☐ di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da Covid-19.

In fede,

[data e luogo]

[firma del dichiarante]

[in caso di minore, firma anche dell'esercente la potestà genitoriale]

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.

