



LOGO SOCIETA' 	Protocollo di Sicurezza EMERGENZA COVID-19	LOGO SOCIETA' 
	ALLEGATO 3- AUTOCERTIFICAZIONE	

<u>AFFILIATO</u>
SOCIETA'

ATLETA – ALLIEVO - ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA – STAZZATORE (Maggiorenni)	
COGNOME	NOME
Tessera FIV n°	

ATLETA – ALLIEVO (Minore)	
COGNOME	NOME
Tessera FIV n°	

Il/la sottoscritto/a _____ *esercente la patria potestà del
 minore _____

DICHIARA

- 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 non essere consapevole di avere avuto contatti diretti con soggetti risultati positivi al COVID-19
- Di non aver effettuato viaggi da e per luoghi che hanno comportato un periodo di quarantena;
- 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.

Data

___ \ ___ \ 2021

Firma

LOGO SOCIETA'	Protocollo di Sicurezza EMERGENZA COVID-19	LOGO SOCIETA'
	ALLEGATO 3- AUTOCERTIFICAZIONE TABELLA TEMPERATURA CORPOREA	

<u>AFFILIATO</u>
SOCIETA'

ATLETA – ALLIEVO - ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA – STAZZATORE (Maggiorenni)	
COGNOME	NOME
Tessera FIV n°	

ATLETA – ALLIEVO (Minore)	
COGNOME	NOME
Tessera FIV n°	

DICHIARA

DATA	ORA	TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA	FIRMA
....\...\2020	00,00	00,0° C	
DATA	ORA		FIRMA

LOGO SOCIETA'	Protocollo di Sicurezza EMERGENZA COVID-19	LOGO SOCIETA'
	ALLEGATO 3- AUTOCERTIFICAZIONE	

<u>AFFILIATO</u>
SOCIETA'

ATLETA – ALLIEVO - ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA – STAZZATORE (Maggiorenni)	
COGNOME	NOME
Tessera FIV n°	

ATLETA – ALLIEVO (Minore)	
COGNOME	NOME
Tessera FIV n°	

Il/la sottoscritto/a _____ *esercente la patria potestà del
minore _____

IN CASO IN CUI SI SIA RISULTATI COVID +

DICHIARA

- 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 non essere consapevole di avere avuto contatti diretti con soggetti risultati positivi al COVID-19
- Di non aver effettuato viaggi da e per luoghi che hanno comportato un periodo di quarantena;
- 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.



Per i pazienti che sono **risultati COVID +** (soggetti che hanno effettuato un tampone nasofaringeo per ricerca di RNA virale risultato positivo):

Si dichiara:

- Di aver avuto una guarigione clinica ovvero 14 giorni di clinica silente;
- Di essere stato sottoposto ad accertamenti di non infettività mediante tampone nasofaringeo RNA.
- Di aver informato di quanto sopra il medico curante e/o il medico che ha rilasciato il certificato di idoneità alla pratica sportiva.

Data

___ \ ___ \ 2021

Firma
