**AUTOCERTIFICAZIONE**

**PRELIMINARE ALL’AMMISSIONE AL CENTRO SPORTIVO LIBERTAS**

***(Da compilare da parte di tutti coloro che entrano nella sede dell’ASD/SSD)***

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa attestazione, anche in relazione al rischio di contagio all’interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)*

**DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA’**

* Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al Covid-19
* Di non avere avuto, nei precedenti 14 giorni, alcuno dei seguenti sintomi:
* Febbre maggiore di 37.5 °C
* Tosse secca
* Difficoltà respiratoria
* Malessere
* Di aver preso visione del protocollo applicativo del CNS LIBERTAS esposto presso il centro sportivo nonché dei documenti in esso richiamati;
* Di essere in possesso *(solo per gli atleti)* di idonea certificazione agonistica/non agonistica in corso di validità sulla base delle vigenti norme.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTE

1. In caso di minori la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori o dal tutore legale

2. 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 e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.

3. Il sottoscrittore si impegna a comunicare prontamente ogni qualunque variazione del quadro clinico al medico sociale o al medico di riferimento e deve sospendere immediatamente le attività.