

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

<b>AFFILIATO</b>
<b>SOCIETA'</b>

<b>ATLETA – ALLIEVO - ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA – STAZZATORE ( Maggiore )</b>	
<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
Tessera FIV n°	

<b>ATLETA – ALLIEVO ( Minore )</b>	
<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
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 febbrile, occorre rientrare immediatamente al proprio domicilio, e non permanere all'interno dell'impianto sportivo;
- Di non aver avuto contatti diretti con soggetti risultati positivo 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**  
 \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ 2020

**Firma**  
 \_\_\_\_\_

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

<b>AFFILIATO</b>
SOCIETA' _____

<b>ATLETA – ALLIEVO - ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA – STAZZATORE ( Maggiore )</b>	
COGNOME _____	NOME _____
Tessera FIV n° _____	

<b>ATLETA – ALLIEVO ( Minore )</b>	
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 febbrile, occorre rientrare immediatamente al proprio domicilio, e non permanere all'interno dell'impianto sportivo;
- Di non aver avuto contatti diretti con soggetti risultati positivo 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**

\_\_\_ \ \_\_\_ \ 2020

**Firma**

\_\_\_\_\_