

Spettabile **ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA CT ALBINEA**

**Oggetto: AUTODICHIARAZIONE STATO SALUTE E INFORMATIVA COVID 19**

Il sottoscritto/La sottoscritta \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
COD. FISC. \_\_\_\_\_

**sotto la propria responsabilità DICHIARA**

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi del D.P.C.M. 17 Maggio 2020, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale, nonché delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del Presidente delle Regione Emilia Romagna ove è ubicata la Vostra A.S.D.
- che il proprio accesso nella vostra struttura rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al Covid19;
- negli ultimi 14 giorni di non aver avuto contatto con soggetti risultati positivi al Covid19;
- di non presentare sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C);
- di aver preso visione dei contenuti del vostro Documento Operativo in termini di contrasto alla infezione da virus SARS CoV-2;

Si impegna inoltre a rispettare tutte le indicazioni e regole imposte e predisposte presso la Vostra A.S.D.

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_