



EURORIPOLI VOLLEY A.S.D.  
Sede Via Gran Bretagna 191  
Tel. 055-6820396  
E-mail: [segreteria@euroripoli.it](mailto:segreteria@euroripoli.it)



Modulo di Autocertificazione COVID-19 Società /  Atleti /  Staff /  Dirigenti

Il sottoscritto

matr. FIPAV n.

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Società di tesseramento \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### ATTESTA

- 1)  Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19. (se hai barrato questa scelta non devi barrare la 2 e la 3)
- 2)  (per tecnici e dirigenti). Di aver contratto il COVID-19 ed essere in possesso del certificato di avvenuta guarigione
- 3)  (solo per gli atleti). Di essere in possesso del certificato di avvenuta guarigione ed aver seguito il protocollo COVID+ per la ripresa delle attività sportive (autorizzazione da parte del medico che ha rilasciato il certificato agonistico)
- 4)  Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia negli ultimi 7 giorni .
- 5)  Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.)
- 6)  Di essere entrato in contatto con casi di Covid-19 per motivi professionali e non, ed aver eseguito tutte le procedure preventive previste dagli specifici protocolli sanitari. (valido solo per medici ed infermieri)

In fede

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

**Nota: In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da almeno uno degli esercenti la responsabilità genitoriale**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Informativa privacy: In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione del -19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

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