



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
SCUOLA DI KARATE MUNEN TIGNALE
Sede: Piazza Garibaldi 11 – 25080 – Tignale (BS)

Io sottoscritto/a: _____
(Cognome e Nome LEGGIBILE)

Dichiaro che

Ho ricevuto l'informazione sulle corrette procedure di prevenzione del contagio da COVID 19 e rispetterò le seguenti norme in vigore:

- Utilizzare gel per igienizzare mani e piedi prima di ogni accesso al tatami
- Indossare la mascherina, (se non impegnato in attività motoria) , in tutte le aree comuni, negli spogliatoi, ecc.
- Utilizzare ciabatte pulite per gli spostamenti fuori dal tatami.
- Riporre in una borsa/ zaino le scarpe che si usano all'esterno come eventuali cambi di abiti
- Mantenere la distanza di sicurezza
- Evitare assembramenti

Dichiaro inoltre che

non ho avuto negli ultimi 14 giorni uno o più sintomi qui di seguito riferiti:

- Rialzo termico (temperatura corporea oltre 37,5°)
- Difficoltà respiratorie (rinite, mal di gola, tosse)
- Alterazioni del gusto e dell'olfatto
- Vomito
- Diarrea
- Dolori muscolari ed articolari non correlativi a sforzo fisico

non ho avuto contatto stretto con persona/e affetta/e da COVID-19 (virus SARS-COV-2) negli ultimi 14 giorni. (Qualora fosse accaduto dovrò produrre copia di singolo tampone con esito negativo)

sono guarito da sindrome virale indotta da COVID-19 (virus SARS-COV-2) e non più contagioso. (A conferma di ciò dovrò produrre copia dei 2 tamponi negativi attestanti l'avvenuta guarigione ed assenza di contagiosità)

Io sottoscritto/a **mi impegno a dare immediata comunicazione all'A.S.D. SCUOLA DI KARATE MUNEN TIGNALE in caso di variazione ad una delle condizioni di cui sopra**, informando anche il mio medico curante.

Attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione. Prendo atto che i dati acquisiti o raccolti tramite il presente modulo saranno trattati in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa sulla privacy ai sensi e per gli effetti di cui all'art.7 e ss. del Regolamento UE 2016/679.

Data ___/___/_____

Firma _____