

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

*(BARRARE LA CASELLA interessata)*

- 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
- che **non** ho avuto contatto stretto con persona/e affetti da COVID - 19 negli ultimi 14 giorni. Qualora fosse accaduto dovrò produrre copia di singolo tampone con esito negativo.
- che **sono** stato vaccinato contro il COVID-19
- che **sono guarito** da sindrome virale indotta da COVID-19 e non più contagiante. A conferma di ciò dovrò produrre copia dei 2 tamponi negativi attestanti l'avvenuta guarigione ed assenza di contagiosità.

**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 \_\_\_\_\_