



Io sottoscritto/a:

(Cognome e Nome LEGGIBILE)

Dichiaro che

rispetterò le seguenti norme in vigore:

- Utilizzare gel
- Indossare la mascherina, (se non impegnato in attività motoria) , in tutte le aree comuni, negli spogliatoi, ecc.
- Utilizzare ciabatte pulite per il trasferimento spogliatoio/pedana.
- 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 il **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 **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.
- che sono vaccinato** contro il COVID 19

Data __/__/_____

In Fede

(firma)