

## Autocertificazione

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

genitore del ragazzo \_\_\_\_\_

### DICHIARO QUANTO SEGUE

- che il ragazzo non presentava stato febbrile o altri sintomi influenzali negli ultimi 14 giorni;
- che il ragazzo è in buono stato di salute;
- che il ragazzo non è entrato in contatto con casi accertati di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- che il ragazzo non è entrato in contatto con familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19;
- di comunicarvi tempestivamente eventuali contatti con malati sospetti o accertati di COVID-19;
- di comunicarvi tempestivamente l'eventuale insorgere di stato febbrile o di altri sintomi influenzali.

Ulteriori dichiarazioni: \_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).*

*Autorizzo inoltre la Società **Academy C.G. Aglianese A.S.D.** al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modello ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente.*

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

Firma \_\_\_\_\_