



**DICHIARAZIONE GIORNALIERA PER L'ACCESSO  
ALLA SEDE "ASD CAMPO CENTRALE"**  
(da compilare a nome di chi accede alla struttura)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura e alla pratica di attività sportiva (ex art 46 DPR n 445/2000)

**DICHIARA**

- di aver preso visione, accettare e rispettare il regolamento interno della struttura in materia anti-Covid19.
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena e/o isolamento sociale per il Covid19
- di non avere allo stato attuale e nelle ultime due settimane alla data odierna sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (febbre superiore a 37,5°, tosse, astenia, mialgie, anosmia, ageusia)
- di non essere entrato a contatto stretto con casi sospetti o confermati di Covid 19 (familiari, luoghi di lavoro...) nelle ultime due settimane
- di non manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19

e autorizza l'asd Campo Centrale al trattamento dei dati particolari allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente

LUOGO E DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

PER MINORENNI (da compilare a nome del genitore/tutore legale)

Il sottoscritto genitore/tutore legale (NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_  
dichiara quanto sopra dichiarato a nome del minorenni.

FIRMA

\_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE GIORNALIERA PER L'ACCESSO  
ALLA SEDE "ASD CAMPO CENTRALE"**  
(da compilare a nome di chi accede alla struttura)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura e alla pratica di attività sportiva (ex art 46 DPR n 445/2000)

**DICHIARA**

- di aver preso visione, accettare e rispettare il regolamento interno della struttura in materia anti-Covid19.
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena e/o isolamento sociale per il Covid19
- di non avere allo stato attuale e nelle ultime due settimane alla data odierna sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (febbre superiore a 37,5°, tosse, astenia, mialgie, anosmia, ageusia)
- di non essere entrato a contatto stretto con casi sospetti o confermati di Covid 19 (familiari, luoghi di lavoro...) nelle ultime due settimane
- di non manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19

e autorizza l'asd Campo Centrale al trattamento dei dati particolari allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente

LUOGO E DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

PER MINORENNI (da compilare a nome del genitore/tutore legale)

Il sottoscritto genitore/tutore legale (NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_  
dichiara quanto sopra dichiarato a nome del minorenni.

FIRMA

\_\_\_\_\_