

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19 AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000  
PER IL CAMPIONATO ITALIANO DI MARCIA**

**Grottaglie (TA) 7 marzo 2021**

Il/la sottoscritto/a

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Recapito e-mail: \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ non è attualmente positivo al Covid-19;
- ✓ non è sottoposto alla misura di quarantena;
- ✓ non è entrato a contatto con soggetti positivi al COVID-19 negli ultimi 14 giorni e/o di non provenire da aree di rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- ✓ non presenta sintomi influenzali o da Covid-19;
- ✓ non ha ricevuto comunicazione da parte delle Autorità Sanitarie in merito ad un suo contatto diretto con una persona contagiata dal COVID-19;
- ✓ ha l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o altri sintomi influenzali e di dover chiamare, per queste evenienze, il proprio medico;
- ✓ si impegna a mantenere la distanza di sicurezza, a osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene.

Il/La sottoscritto/a si impegna a dare immediata comunicazione al Responsabile Organizzativo in caso di ogni variazione ad una delle condizioni di cui sopra, informando anche il proprio medico curante.

- **Si allega copia del documento di riconoscimento.**

Grottaglie, \_\_\_\_\_ Firma leggibile del dichiarante \_\_\_\_\_

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19 AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000  
PER IL CAMPIONATO ITALIANO DI MARCIA**

**Grottaglie (TA) 7 marzo 2021**

Il/la sottoscritto/a

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Recapito e-mail: \_\_\_\_\_

che esercita la responsabilità genitoriale per l'atleta minore \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL FIGLIO MINORE**

- ✓ non è attualmente positivo al Covid-19;
- ✓ non è sottoposto alla misura di quarantena;
- ✓ non è entrato a contatto con soggetti positivi al COVID-19 negli ultimi 14 giorni e/o di non provenire da aree di rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- ✓ non presenta sintomi influenzali o da Covid-19;
- ✓ non ha ricevuto comunicazione da parte delle Autorità Sanitarie in merito ad un suo contatto diretto con una persona contagiata dal COVID-19;
- ✓ ha l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o altri sintomi influenzali e di dover chiamare, per queste evenienze, il proprio medico;
- ✓ si impegna a mantenere la distanza di sicurezza, a osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene.

Il/La sottoscritto/a si impegna a dare immediata comunicazione al Responsabile Organizzativo in caso di ogni variazione ad una delle condizioni di cui sopra, informando anche il proprio medico curante.

- **Si allega copia del documento di riconoscimento.**

Grottaglie, \_\_\_\_\_ Firma leggibile del dichiarante \_\_\_\_\_