

TRIAGE RISCHIO COVID-19

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

STATO DI SALUTE DEL MINORE PER ACCEDERE A E...sti-AMO-ci... in campo!! PGS FOOTBALL LAB 2020

Il/La sottoscritto/a _____ c.f. _____

(esercita la responsabilità genitoriale/tutore legale dell'atleta minorenni)

Nato/a a _____ il _____ e

residente a _____ in _____ n° _____ cap _____

Genitore/tutore di _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Dichiara

- che il minore non ha avuto diagnosi accertata di infezione da COVI-19.
- che il minore non ha avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (*familiari, luoghi di lavoro ect*).
- che il minore non ha avuto nelle ultime settimane sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (*tra i quali temperatura superiore a 37.5, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto*).
- che il minore non ha in corso sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (*tra i quali temperatura superiore a 37.5, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto*).

Luogo e Data

Firma Atleta

Firma Genitore

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite