

AUTODICHIARAZIONE STATO SALUTE

Spettabile
ASD/SSD Ananda
sede via A. Maj 10/i

Il sottoscritto _____,
nato il ____/____/____ a _____ (____), CF _____,
residente in _____ (____), via _____,
e domiciliato in _____ (____), via _____,
cell. _____, email _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

Nome e Cognome minore _____,
nato il ____/____/____ a _____ (____), CF _____,
residente in _____ (____), via _____

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Per proprio conto / Per proprio conto e per conto del minore di cui sopra

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del D.L. 25 marzo 2020, n. 19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale, nonché delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del Presidente delle Regione Lombardia, ove è ubicata la Vostra Palestra;
- che l'accesso nella vostra Palestra rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al Covid-19;
- di segnalare immediatamente qualsiasi variazione delle proprie condizioni di salute;
- di non essere sottoposto a sorveglianza sanitaria e ad isolamento fiduciario;
- negli ultimi 14 giorni di non aver avuto contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19;
- di non presentare sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C);
- di aver preso visione dei contenuti del vostro Manuale Operativo in termini di contrasto alla infezione da virus SARS CoV-2;
- di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione*

Si assume inoltre l'impegno e la responsabilità, **in caso di qualsiasi variazione delle proprie condizioni di salute o in caso cambi qualcosa relativamente ai punti c,e,f,g della presente autodichiarazione**, di non presentarsi in palestra e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Centro Ananda TELEFONICAMENTE e di consultare il proprio medico curante o il pediatra di riferimento per le eventuali procedure da attivare. La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere ovvero con accertata guarigione da eventuale infezione da Covid-19.

Data, ____/____/____ Firma del dichiarante _____

* le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento n. 679/2016/UE (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.