



APD VOLLEY SAN PAOLO

Modulo di Autocertificazione COVID-19 (minorenni)

Il sottoscritto/a _____ Genitore/Tutore di _____
Nato/a a _____ il ___/___/_____
Residente a _____ in Via _____

DICHIARA che il minore:

- Non ha in atto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Ha contratto il COVID-19 ed è in possesso del certificato di avvenuta guarigione.
- Non ha in atto e non ha avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia negli ultimi 7 giorni.
- Non ha avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da Covid-19 (familiari, scuola, etc.) negli ultimi 7 giorni o con casi sospetti a rischio Covid-19.

In fede

Data ___/___/_____ Firma _____

Informativa privacy: In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

Data ___/___/_____

Firma _____



volleysanpaolo@email.it



Volley San Paolo



VolleySanPaolo



www.volleysanpaolo.com