

Al CUS Cagliari,

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, codice  
fiscale \_\_\_\_\_, settore \_\_\_\_\_, consapevole delle  
sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate  
dall'art 76 del DPR n. 445 del 28/10/2000, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA**  PER SE STESSO

PER IL MINORE

per il/la minore \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,

- di NON essere stato affetto da COVID-19 positivo accertato e guarito.
- di NON aver avuto negli ultimi 14 giorni, per quanto di propria conoscenza, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 o sottoposti a quarantena.
- di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi respiratori (a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) e di ritornare agli allenamenti, dopo tali sintomi, a seguito di esito negativo di tampone.
- Di essersi misurato la temperatura corporea prima di lasciare la propria abitazione per recarsi al CUS Cagliari.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali sopracitati ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e degli artt. 13-14 del Regolamento UE (GDPR) n 679/2016 e quanto richiesto con la presente dichiarazione.  SI autorizzo  NO non autorizzo

Data \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

\* se l'atleta è minorenne firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

(Data e Firma giornaliera sul retro)

