

## AUTODICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

Spett.le FIK – COMITATO REGIONALE LAZIO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_,  
E-mail \_\_\_\_\_, **DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

- Di non essere sottoposto alla misura di quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- Di non essere sottoposto a sorveglianza sanitaria e/o isolamento fiduciario;
- Di non aver avuto contatto, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19 o in isolamento domiciliare;
- Di non presentare sintomi sospetti per infezione da COVID-19 (a titolo di esempio: febbre maggiore di 37,5°, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea);
- Di risultare, in caso di pregressa positività al COVID-19, completamente guarito/a e di avere riacquisito la necessaria idoneità sportiva;
- Di segnalare immediatamente qualsiasi variazione delle proprie condizioni di salute rispetto a quanto dichiarato nella presente, nel periodo di tempo intercorrente tra l'atto di presentazione della stessa e la fine dell'evento sportivo;
- Di aver preso attentamente visione delle istruzioni per la partecipazione all'evento sportivo in svolgimento, di averle comprese e di rispettarle in ogni parte;
- Di avere piena consapevolezza dei rischi e di sollevare il Comitato organizzatore da qualsiasi responsabilità, reclamo, richiesta, azione e causa di qualsiasi natura, direttamente o indirettamente derivanti da perdita, danno, lesione o morte che possano essere causate o correlate al COVID-19;
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente autodichiarazione (le informazioni saranno trattate in conformità al Regolamento Europeo 2016/679 per le finalità di prevenzione da COVID-19);
- **DICHIARA, INOLTRE, DI ESSERSI SOTTOPOSTO A TEST ANTIGENICO RAPIDO (ANCHE AUTOSOMMINISTRATO) IN DATA \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_, CON RISULTATO NEGATIVO.**

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Se minore, cognome e nome genitore \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_