



**Protocollo di Sicurezza  
EMERGENZA COVID-19  
ALLEGATO 3- AUTOCERTIFICAZIONE**



|                         |
|-------------------------|
| <b><u>AFFILIATO</u></b> |
| <b>SOCIETA'</b>         |

|   |             |
|---|-------------|
| <b>ATLETA - ALLIEVO – ISTRUTTORE – UFFICIALE DI REGATA ( Maggiore )</b> |             |
| <b>COGNOME</b>  | <b>NOME</b> |
| Tessera FIV n°  |             |

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>ATLETA – ALLIEVO ( Minore )*</b> |             |
| <b>COGNOME</b>                      | <b>NOME</b> |
| Tessera FIV n°                      |             |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ \*esercente la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_

**IN CASO IN CUI SI SIA RISULTATI COVID +**

**DICHIARA**

- Di provvedere quotidianamente a misurare la temperatura corporea riscontrando che questa sia inferiore a 37,5° C;
- Di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere nel proprio domicilio in presenza di febbre oltre i 37,5° C o altri sintomi influenzali;
- Di essere a conoscenza del fatto che se dovessero insorgere sintomi influenzali o febbrile, occorre rientrare immediatamente al proprio domicilio, e non permanere all'interno dell'impianto sportivo;
- Di non aver consapevolezza aver avuto contatti diretti con soggetti risultati positivo al COVID-19
- Di non aver effettuato viaggi da e per luoghi che hanno comportato un periodo di quarantena;
- Di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni, in primis il distanziamento interpersonale, ed osservare le regole di igiene attraverso il lavaggio frequente delle mani e l'adozione di tutte quei comportamenti corretti dal punto di vista dell'igiene.



Per i pazienti che sono **risultati COVID +** (soggetti che hanno effettuato un tampone nasofaringeo per ricerca di RNA virale risultato positivo):

**Si dichiara:**

- Di aver avuto una guarigione clinica ovvero 14 giorni di clinica silente;
- Di essere stato sottoposto ad accertamenti di non infettività mediante tampone nasofaringeo RNA.
- Di aver informato di quanto sopra il medico curante e/o il medico che ha rilasciato il certificato di idoneità alla pratica sportiva.

**Data**

\_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ 2021

**Firma**

