



CENTRO UNIVERSITARIO SPORTIVO
ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

CAMPUS UNIVERSITARIO - Viale G.P. Usberti, 95
43124 PARMA - Tel. 0521.905532 - Fax 0521.905530
www.cusparma.it - segreteria@cusparma.it

Circolo Tennis "La Raquette" - Via Racagni, 13 - Parma - Tel. 0521.250031

AUTO-DICHIARAZIONE DELL'ATLETA / STAFF / DIRIGENTI

da rendersi alla Società Sportiva ai sensi delle sensi dell'art. 1, lettere f e g del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020 (Modalità di svolgimento degli allenamenti per gli sport individuali) e del protocollo n. 3180 del 03/05/2020 dell'Ufficio dello Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

CODICE FISCALE _____ CELL _____

SEZIONE DI APPARTENZA (o indicare se Esterno) _____

attesta, **per quanto di propria conoscenza:**

(PER TUTTI) di non aver avuto diagnosi accertata di infezione COVID-19 (**OBBLIGATORIO BARRARE IL RIQUADRO**);

(PER TUTTI) di non aver avuto, nelle ultime due settimane, sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 tra i quali: febbre > 37.5 °C, tosse, affaticamento, difficoltà respiratoria, dolori muscolari generalizzati diarrea, alterazioni del gusto o dell'olfatto (**OBBLIGATORIO BARRARE IL RIQUADRO**);

(PER TUTTI) di non aver avuto, nelle ultime due settimane, contatti "a rischio" con persone contagiate da COVID-19 (**OBBLIGATORIO BARRARE IL RIQUADRO**);

(SOLO PER ATLETI) di aver avuto diagnosi accertata di infezione da SARS-COV-2, e di essere in possesso del certificato di avvenuta guarigione ed aver seguito il protocollo COVID+ per la ripresa delle attività sportive (compreso rifacimento VISITA MEDICA AGONISTICA almeno 30 giorno l'avvenuta guarigione e la consegna del documento "Return to play" previsto da FMSI)

(SOLO PER STAFF E DIRIGENTI) di aver contratto il COVID-19 ed essere in possesso del certificato di avvenuta guarigione

In fede

Parma, ____/____/2021

MI IMPEGNO a dichiarare tempestivamente al CUS PARMA ASD eventuali condizioni di sanitarie (sintomi di influenza, innalzamento temperatura) che dovessero manifestarsi successivamente al mio ingresso presso gli impianti e ad allontanarmi immediatamente.

DICHIARO di aver letto le indicazioni relative all'igiene e alla prevenzione comunicate dall'azienda e mi impegno a rispettarle.

DICHIARO inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali indicata sul retro del presente modulo.

Firma dell'atleta

Firma dell'esercente la potestà genitoriale
[in caso di minore]
