



Modulo di Autocertificazione COVID-19

Il sottoscritto _____ matr. FIPAV n. _____

Nato a _____ il ___/___/___ e-mail _____ Residente a _____
in Via _____

Società di tesseramento _____

Documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ in data ___/___/___

ATTESTA

- Di essere in possesso di Green Pass in corso di validità:
- Di non avere in atto e non avere avuto negli ultimi 14 giorni sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- Di non essere entrato in contatto diretto, negli ultimi 14 giorni, con persona che abbia manifestato sintomi COVID-19;

In fede

Data ___/___/___ Firma _____

Nota: In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da almeno uno degli esercenti la responsabilità genitoriale

Nome _____ Cognome _____

Documento di identità _____ Rilasciato da _____

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 NOME SOCIETA' 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 _____