

## DICHIARAZIONE RIPRESA ATTIVITA' Allenatore

Il sottoscritto(Allenatore) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

in possesso di nr.tessera \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

### ATTESTA

di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.

di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro , eccetera )

di aver letto il protocollo societario relativo a **CONTRASTO E CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19**

si impegna a rispettare tutti i contenuti del protocollo societario relativo a **CONTRASTO E CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19**

Consente che le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento. Nel rispetto del principio di limitazione della finalità (art. 5, par. 1, lett. b), GDPR), i dati possono essere trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 e non devono essere diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative in caso di situazione Sintomatica del soggetto dichiarante

*Per gli Allenatori che non hanno potuto barrare tutte le caselle dovrà essere presentata certificazione dal proprio Medico di Base che attesti l'idoneità alla ripresa dell'attività*

In fede,

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_