

Modello di dichiarazione da rendere da parte degli Atleti

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

C.F. _____

Genitore o esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta (cognome e nome dell'atleta) _____

Codice fiscale _____

Numero di telefono _____

Attesta

- di non aver avuto negli ultimi 14 giorni diagnosi accertata di infezione da Covid-19;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da Covid-19.

In fede,

data e luogo _____

firma del dichiarante _____

VALIDITÀ SI/NO	DATA	FIRMA
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	
La presente dichiarazione è valida anche per il seguente accesso	___/___/2020	

