

Modulo di Autocertificazione COVID-19 – Gruppo Tre

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 \_\_\_\_\_