

DICHIARAZIONE RIPRESA ATTIVITÀ E ACCETTAZIONE PROTOCOLLI PER LA PRATICA DELLE DISCIPLINE ROTELLISTICH

Il/la sottoscritto/a

Nato/aa.....il...../...../.....resi
dente inVia/V.le/P.za.....n°.....

Cod. Fisc..... in possesso di tessera n°.....

rilasciata da ed in corso di validità.

ATTESTA

- di essere in possesso della specifica certificazione di idoneità agonistica (DM 18/02/82) o non agonistica (D.M. 24/04/13) o di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (D.M. 24/04/13), in corso di validità.
- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver riscontrato 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 contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro , eccetera) o sottoposte a regime di quarantena o isolamento.
- di essere a conoscenza dei protocolli emessi dagli organi di Governo, dalle Federazioni di riferimento, dagli EPS e del protocollo societario relativi alle misure di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19
- di impegnarsi a rispettare tutti i contenuti dei protocolli emessi dagli organi di Governo, dalle Federazioni di riferimento, dagli EPS e del protocollo societario relativi alle misure di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19.

Nel caso non sia possibile barrare tutte le caselle, dovrà essere presentata certificazione rilasciata dal proprio Medico di Base che attesti l'idoneità alla ripresa dell'attività.

In fede,

data

firma

(Per i minori, il responsabile genitoriale)