

# ADI

AssoDanza Italia

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Io sottoscritto/a:

Nome		Cognome	
Nato/a a		Nato/a il	

per sé o quale esercente la potestà genitoriale di:

Nome		Cognome	
Nato/a a		Nato/a il	

**DICHIARA, PER SE' ED EVENTUALMENTE PER IL MINORE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',  
CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE,  
CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:**

- **NON** è stato sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al SARS-CoV-2
- **NON** ha avuto sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associate o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati alla infezione da SARS-CoV-2;
- **NON** ha convivenuto con sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associate o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati alla infezione da SARS-CoV-2;
- **NON** ha avuto contatti con casi accertati di SARS-CoV-2, o con persone positive al, o comunque con persone che, anche se negative, sono assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di SARS-CoV-2;
- Nel caso in cui ne fosse stato sottoposto, **NON** è risultato **POSITIVO** al tampone per la ricerca del virus SARS – CoV-2;
- **NON** AVER contratto il SARS-CoV-2;

### INOLTRE

- Si **IMPEGNA** a comunicare tempestivamente **QUALSIASI** cambiamento di stato di una delle dichiarazioni rese tramite la presente autodichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre \_\_\_\_\_  
(indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_