



AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il 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 SÉ ED EVENTUALMENTE PER IL MINORE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

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 DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati all'infezione da SARS-CoV-2;
- **NON** ha convivenuto con sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE, ASSOCIATE O MENO A DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati all'infezione da SARS-CoV-2;
- **NON** ha avuto contatti con casi accertati Di SARS-CoV-2, o con persone positive, o comunque con persone che, anche se negative, sono assoggettate a quarantena in quanto a loro volta sono venuti in contatto con casi sospetti o accertati di SARS-CoV-2;
- **NON** è risultato positivo al tampone per la ricerca del virus SARS-CoV-2;
- **NON** aver contratto il SARS-CoV-2;

Luogo e data _____ firma _____

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la 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 e alla pratica di attività sportive (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre la **S.S.D. Dance Mob SRL** 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 _____



AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il 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 SÉ ED EVENTUALMENTE PER IL MINORE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

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 DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati all'infezione da SARS-CoV-2;
- **NON** ha convivenuto con sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE, ASSOCIATE O MENO A DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, NAUSEA, PERDITA DI GUSTO O OLFATTO, DIARREA, o altri sintomi correlati all'infezione da SARS-CoV-2;
- **NON** ha avuto contatti con casi accertati Di SARS-CoV-2, o con persone positive, o comunque con persone che, anche se negative, sono assoggettate a quarantena in quanto a loro volta sono venuti in contatto con casi sospetti o accertati di SARS-CoV-2;
- **NON** è risultato positivo al tampone per la ricerca del virus SARS-CoV-2;
- **NON** aver contratto il SARS-CoV-2;

Luogo e data _____ firma _____

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la 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 e alla pratica di attività sportive (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre la **S.S.D. Dance Mob SRL** 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 _____