All.2

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _ _ /_ _ / _ _ _ _

e residente in _____

attesta

¨ di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

¨ di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea

> 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.

¨ di non aver avere avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede

data e firma

In fede,

data e firma]

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.

2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento. " Estratto da suggerimenti_visite_medico-sportive_2020.04.26(1).pdf.