



Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il ___/___/___
residente a _____. (____)
in Via _____ CAP _____
matricola FIPAV n. _____
società di tesseramento _____
Tipo documento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data ___/___/___

ATTESTA

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

Di non avere in atto e non avere avuto 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 aver avuto contatti stretti (per la definizione vedi circolare 0018584-29/05/2020 del Ministero della Salute) negli ultimi 14 giorni con persone a cui è stato diagnosticato il coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).

In fede

data ___/___/___ _____ Firma

Note: In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da almeno uno degli esercenti la responsabilità genitoriale

Nome _____ Cognome _____

Doc. di identità n. _____ 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 la Fipav 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