



**Gruppo Sci Alpinistico Grole  
Società Sportiva Dilettantistica**

Dal 1965

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ e domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ utenza telefonica \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **DICHIARA**, per quanto di propria conoscenza:

- di essere/non essere affetto da COVID-19
- di essere/non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie
- di essere/non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni

consapevole che in caso di risposta positiva non potrà partecipare ai corsi ed alle attività organizzate dal **GSA GROLE** se non in possesso di un certificato di guarigione.

Mi impegno ad informare il medico di famiglia, e a non frequentare la sede e i luoghi delle attività in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
- esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
- qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o olfatto).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso la sede ed i luoghi delle attività ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7 lett. d del DPCM 11 marzo 2020, sino a termine dello stato d'emergenza.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

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

Preso visione della presente informativa, atteso il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio/a minore.

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

Firma padre \_\_\_\_\_ firma madre \_\_\_\_\_