

## MODULO ATTIVITA' SPORTIVE

DATA/ORA	
REFERENTE	

## I SOTTOSCRITTI PARTECIPANTI DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposti alla misura della quarantena ovvero di non essere positivi al COVID-19;
- di NON avere casi sospetti o accertati di COVID-19 tra i conviventi e che essi non presentano sintomi riconducibili alla malattia;
- di non presentare sintomi influenzali, quali febbre oltre 37.2 o sintomi respiratori, per i quali vige l'obbligo di rimanere al proprio domicilio e avvisare le autorità sanitarie;
- di non aver soggiornato negli ultimi 14 gg in paesi a rischio contagio;
- per quanto a conoscenza di non aver avuto contatti con persone risultate positive al test per COVID-19 o rientranti in una delle casistiche sopra evidenziate.

Ci impegniamo, inoltre, ad avvisarvi immediatamente in caso di positività al virus se dovesse manifestarsi nei prossimi 14 giorni.

## **ELENCO PARTECIPANTI:**

Nome	Cognome	data nascita	cellulare	firma