

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ART.46 E 47 D.P.R. N.445/2000 PER UTENTI NON TESSERATI

Il sottoscritto _____, nato il _____._____._____ a _____ (____), residente in _____ (____), via _____, identificato per mezzo Carta d'I./Patente/Passaporto, nr. _____, rilasciato dal Comune/D.T.T./Questura in data _____._____._____, nr. telef. _____, mail _____ che accompagna il minore _____ nato il _____ a _____ (____) che accompagna il minore _____ nato il _____ a _____ (____) che accompagna il minore _____ nato il _____ a _____ (____)

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 proprio conoscenza, per sé stesso e per il/i minori che accompagna:

- di **ESSERE/NON ESSERE** stato 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
- di **AVERE/NON AVERE** sintomi riferibili a COVID-19

consapevole che in caso di risposta positiva **NON** potrà accedere all'impianto se non in possesso di un certificato di guarigione.

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

AUTORIZZA il trattamento dei **dati personali** ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n° 196 "codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Luogo e data: Nibionno _____ Firma _____

AUTORIZZA il libero consenso dei dati personali del/dei minori che accompagna

**Firma _____

DICHIARA di esonerare Sogisport SSD SRL in ordine all'incolumità di sé stesso e del/dei minori che accompagna per tutto il periodo di fruizione del centro e, in attesa di effettuare la visita medica e di consegnare il relativo certificato, dichiara inoltre:

- Che il soggetto/i della presente è/sono fisicamente idoneo/i alla pratica sportiva non agonistica.
- Che non sono avvenuti eventi fisici negativi dopo l'ultima visita medica sostenuta.
- Che non si frequenterà, in assenza di visita medica, sauna e sala a vapore (non consentite ai minori di anni 16) e tutte le attività ad alto impatto cardiaco e muscolare.

Luogo e data: Nibionno _____ Firma _____

DICHIARA, consapevole delle conseguenze penali previste, di appartenere allo stesso **NUCLEO FAMILIARE** o **CONVIVENTE** delle persone con le quali condivide lo spazio in piscina, solarium, sauna e sala a vapore.

Luogo e data: Nibionno _____ Firma _____

** In caso di figlio minore firma del genitore/tutore/accompagnatore responsabile