

**Modello di dichiarazione da rendere da parte di  
Atleti/Giudici/Tecnici/Dirigenti/Medici/Fisioterapisti/Media**

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto

C.F. \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

**attesta**

- di non aver avuto negli ultimi 10 giorni diagnosi accertata di infezione da Covid-19;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea  $> 37,5$  °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da Covid-19.

In fede,

\_\_\_\_\_  
[data e luogo]

\_\_\_\_\_  
[firma del dichiarante]

\_\_\_\_\_  
[in caso di minore, firma anche dell'esercente la potestà genitoriale]

\_\_\_\_\_  
Note

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 di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.