



# FEDERAZIONE ITALIANA TIRO A VOLO

## AUTODICHIARAZIONE

### RILASCIATA ALL'CESSO ALL'IMPIANTO E/O IN OCCASIONE DI EVENTO SPORTIVO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Documento identità n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000,

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di aver preso visione delle misure di sicurezza e tutela della salute e delle regole comportamentali da seguire durante lo svolgimento delle attività sportive di tiro a volo, all'interno del campo di tiro ospitante e nelle aree di sue pertinenza;
- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Vovid-19 e di non essere sottoposto alla misura della quarantena in quanto contatto stretto di caso confermato COVID-19 o per rientro recente dall'estero;
- di non essere sottoposto ad isolamento domiciliare fiduciario in quanto risultato positivo alla ricerca del virus SARS-COV-2;
- di non presentare febbre > 37.5°C o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali, ecc.);
- di essere consapevole di dover adottare, per l'intera durata dell'attività compresi eventuali viaggi, soggiorni, consumo pasti e periodi di svago, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da COVID-19;

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### Note:

- a) *In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata dall' esercente la responsabilità genitoriale*
- b) *Gli atleti positivi al Covid-19 accertati e guariti dovranno fare riferimento per gli accertamenti al Protocollo della FMSI (Federazione Medici Sportivi) ed osservare un periodo individuale di graduale ripresa nei successivi 15 gg prima di iniziare gradualmente gli allenamenti e sotto l'attento controllo del proprio Medico di Medicina Generale. Il Medico potrà, a suo giudizio, ampliare test ed esami.*

#### 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 FITAV 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.*

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_