



# XVI<sup>a</sup> Granfondo dell'Est! Est!! Est!!! Montefiascone - 25 luglio 2021



**MTB Montefiascone  
Race Team**

## AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Residente in via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) - Società di appartenenza: \_\_\_\_\_

Numero Tessera \_\_\_\_\_

In qualità di accompagnatore a questo evento della sotto elencata delegazione di atleti (**muniti di autocertificazione**):

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- 1) di NON avere sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, dolori diffusi, affanno, astenia, ecc.;
- 2) di NON essere entrato in contatto, per quanto a conoscenza, con persone affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro, etc.) negli ultimi 14 giorni
- 3) di NON provenire, a far data dagli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS, del Governo e delle Regioni.
- 4) di NON aver ricevuto comunicazione da parte delle Autorità Sanitarie in merito ad un mio contatto diretto con una persona contagiata dal Coronavirus;
- 5) di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico;
- 6) di essere consapevole di non poter fare ingresso e di non poter permanere presso l'area ove si svolge l'attività e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, tosse, ecc.);
- 7) di NON essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19

**Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.**

### AUTORIZZA

La Scuola MTB Montefiascone ASD al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma)