



AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a il ____/____/____ a
_____(____), residente in _____(____),
Via/P.zza _____ identificato a mezzo
_____ rilasciato da _____ in data ____/____/____ scadenza ____/____/____

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia e delle conseguenti responsabilità civili e contrattuali in relazione alla diffusione del nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) e della malattia provocata dal nuovo Coronavirus (Covid-19), come da disposizioni emanate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dal Consiglio dei Ministri

DICHIARA

- Di non aver riportato nei giorni precedenti la presente dichiarazione né di riportare in questo momento sintomatologia simil influenzale (tosse, dolori articolari, difficoltà respiratorie, febbre oltre i 37,5°C)
- Di non essere a conoscenza di essere entrato in “contatto stretto” (così come definito dalla Circolare del Ministero della Salute 09/03/2020) con nessun caso confermato di COVID-19
- Che nessun componente della famiglia presenta sintomatologia influenzale e simil influenzale comunque riconducibile a possibile contagio
- Di provvedere alla verifica costante del proprio stato di salute prima dell'ingresso all'interno dell'Azienda rimanendo al proprio domicilio e chiamando il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria in presenza di febbre (oltre 37,5°) o altri sintomi influenzali
- Di accettare di non poter entrare o permanere nei locali dell'Assemblea e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo: sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, ecc.
- Di informare immediatamente un referente dell'Assemblea qualora lo stesso risultasse positivo al tampone COVID-19, in maniera tale da collaborare entrambi con l'autorità sanitaria fornendo elementi utili al fine di una rapida individuazione dei contatti stretti



Federazione Italiana Pallavolo
Comitato Territoriale Firenze



- Di impegnarsi ad indossare continuamente i DPI specifici individuati per la protezione da COVID-19
- Di impegnarsi, in aggiunta a quanto dichiarato, a recepire ed attuare i prossimi eventuali riferimenti di legge che potranno essere emanati dalle Autorità Competenti in funzione dell'evolversi della situazione sanitaria
- Autorizzo la misura della temperatura corporea a ogni ingresso presso la sede dell'Assemblea per la partecipazione alla suddetta Assemblea ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19.
- Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Il sottoscritto

_____ lì, ____/____/____

Federazione Italiana Pallavolo Comitato Territoriale di Firenze

Via Pratese, 13 - 50145- FIRENZE e – mail: firenze@federvolley.it
tel. 0556580045 fax 0556810899 P.I. 01382321006