

All.2

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

attesta

“ di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

“ di non aver avuto sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.

“ di non aver avere avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede,  
[data e firma]

\_\_\_\_\_

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.
2. 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 e le modalità di cui all’informativa resa ai sensi dell’art.13 del predetto Regolamento. "

Estratto da suggerimenti\_visite\_medico-sportive\_2020.04.26(1).pdf.