



STRAVERONA RUNNING TEAM

All.01/ C-19

DICHIARAZIONE RIPRESA ATTIVITÀ E ACCETTAZIONE PROTOCOLLI PER LA PRATICA DELLE ATTIVITA' SPORTIVE

Il/la sottoscritto/a
Nato/ a il //
residente inVia/ V.le/ P.za n°
Cod. Fisc..... in possesso di tessera n°
rilasciata da ed in corso di validità
Certificato Medico con scadenza il _____

ATTESTA

- Di essere in possesso della specifica certificazione di idoneità agonistica (DM 18/ 02/82) o non agonistica (D.M. 24/04/13) o di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (D.M. 24/04/13), in corso di validità.
- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covi d-19.
- di non aver riscontrato 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 avere avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera) o sottoposte a regime di quarantena o isolamento.
- di essere a conoscenza dei protocolli emessi dagli organi di Governo, dalle Federazioni di riferimento, dagli EPS e del protocollo societario relativi alle misure di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19
- di impegnarsi a rispettare tutti i contenuti dei protocolli emessi dagli organi di Governo, dalle Federazioni di riferimento, dagli EPS e del protocollo societario relativi alle misure di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19.

Nel caso non sia possibile barrare tutte le caselle dovrà essere presentata certificazione rilasciata dal proprio Medico di Base che attesti l'idoneità alla ripresa dell'attività.

Data

firma

(Per i minori il responsabile genitoriale)