# REGISTRO PRESENZE E AUTOCERTIFICAZIONE PRENOTAZIONI

PRENOTAZIONE A NOME DI_____

DEL _____

DALLE_____ ALLE_____

☐ **CALCIO A 5** ☐ **BASKET** ☐ **VOLLEY** ☐ **BEACH** ☐ **TENNIS**

**dell'atleta maggiorenne e/o accompagnatore adulto (per atleti minorenni)**

| COGNOME E NOME + Numero TESSERA CUS | DATA E LUOGO DI NASCITA | CELLULARE | FIRMA per esteso e leggibile dell'atleta maggiorenne o, se minore, firma dell'esercente la responsabilità genitoriale* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*L'atleta maggiorenne o, in caso di minore, l'esercente la responsabilità genitoriale, **DICHIARA:**

● Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 ovvero di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19, di essere guarito e di essere in possesso di relativa documentazione medica ai sensi di quanto disposto dalle Linee Guida del 18 maggio 2020 "Modalità di svolgimento degli allenamenti degli sport di squadra" emanate ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 maggio 2020 Art. 1 lettera e) (all'Allegato 4 punto B).

● Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, stanchezza, mal di gola, mal di testa, diarrea, dolori muscolari, nausea, vomito, perdita di olfatto e gusto nelle ultime settimane.

● Di non aver avuto contatti stretti (per la definizione vedi circolare 0018584 - 29/05/2020 del Ministero della Salute) negli ultimi 14 giorni con persone a cui è stato diagnosticato il corona-virus (familiari, luogo di lavoro, etc.).

**Informativa privacy:**

- Il sottoscritto/a prende atto che la presente autodichiarazione viene rilasciata in nome proprio (e/o anche del soggetto minore sopra identificato) e si impegna a dare immediata comunicazione al Cus Mo.Re Asd in caso di ogni variazione ad una delle condizioni di cui sopra (eventualmente intervenute per sé o per il minore), informando anche il proprio medico curante.
- Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.
- 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 la Società Sportiva/Associazione _CUS.MO.RE ASD_ si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto.
- Prendo atto che i dati acquisiti o raccolti tramite il presente modulo saranno trattati in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa sulla privacy ai sensi e per gli effetti di cui all'art.7 e ss. del Regolamento UE 2016/679.

**Regolamento Cus Mo.Re:**

- Entrata nell'impianto sportivo: Utilizzo della mascherina in tutte le aree comuni (non durante l'attività motoria) e Igienizzazione delle Mani all'ingresso,
- Utilizzare scarpe/calze antiscivolo esclusivamente per la palestra (è vietato stare scalzi). Le scarpe che si usano all'esterno devono essere riposte in una borsa/ zaino come eventuali cambi di abiti
- Mantenimento della distanza di sicurezza evitando assembramenti nelle aree comuni.

Data e luogo _____ orario: _____