

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE
EMERGENZA COVID 10**

(da compilare, firmare e consegnare allo SKI TEAM CAVALESE, unitamente al "Questionario

sulla salute", all'atto del ritiro dei pettorali

il giorno ____ / ____ / ____

della gara _____

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di Presidente/allenatore/responsabile della
Società/Associazione denominata _____, dichiaro che i
sottoelencati:

| ALLENATORI | | | | |
|------------|---------|------|---------------------|----------|
| | COGNOME | NOME | COMUNE DI RESIDENZA | TELEFONO |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| ATLETI | | | | | |
|--------|---------|------|---------------------|-----------------|-----------|
| | COGNOME | NOME | COMUNE DI RESIDENZA | DATA DI NASCITA | CATEGORIA |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |

- sono stati sottoposti a controllo della temperatura corporea esterna frontale prima di entrare nel campo di gara e non hanno temperatura corporea superiore a 37,5° C. o sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse, raffreddore o difficoltà respiratorie) o, comunque, altri sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto, ecc.);

- sono in regola con le vigenti norme contenute nel R.T.F. per le gare di sci e nell'Agenda dello Sciuttore, con le disposizioni emanate dal Comitato Trentino FIS, comprese le disposizioni del Protocollo Covid 19 - FIS - GARE FEDERALI, nonché con le norme di Legge, Nazionali, Regionali e Provinciali e le norme emanate dal C.O.N.I. regolanti l'attività agonistica e le gare di sci

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Luogo e Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a autorizza lo SKI TEAM CAVALESE al trattamento dei dati sensibili relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento CE, Parlamento Europeo 27/04/2016 n. 679, G.U. 04/05/2016) e della normativa nazionale vigente.

Per conoscenza e accettazione

Luogo e Data _____

Firma _____