



Modulo di Autodichiarazione COVID-19 (per soggetti minorenni)

I sottoscritti:

a) _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ in data _____

b) _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ in data _____

esercenti la responsabilità genitoriale del minore:

_____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ in data _____

DICHIARANO CHE IL SUDETTO

- Non risulta attualmente positivo al COVID-19, non è in fase di accertamento come da protocollo FMSI in caso di COVID+ accertato e guarito e non è sottoposto alla misura della quarantena.
- Non ha avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia.
- Non ha avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).

In fede

Data: _____ **Firma a)** _____ **Firma b)** _____

Note:

- La presente autodichiarazione deve essere portata con sè unitamente ad un documento d'identità. Per gli Atleti agonisti e non agonisti è necessario che la presente sia accompagnata dalla Licenza/Tessera Sport/Tessera Mini Sport FMI in corso di validità.*
- In caso di dubbio sui punti di autodichiarazione ci si dovrà rivolgere al pediatra di libera scelta, nel rispetto del protocollo ministeriale, per gli accertamenti del caso ed il riscontro di possibile positività per COVID-19.*
- Gli Atleti agonisti e non agonisti in caso di allenamenti individuali dovranno far pervenire una copia della presente al proprio Moto Club di appartenenza.*
- Gli Atleti positivi al Covid-19 accertati e guariti dovranno fare riferimento per gli accertamenti al Protocollo della FMSI (vedi sezione dedicata Linee Guida FMI) ed osservare un periodo individuale di graduale ripresa nei successivi 15 gg prima di iniziare gradualmente gli allenamenti e sotto l'attento controllo del Medico di Medicina Generale. Il Medico potrà, a suo giudizio, ampliare test ed esami.*

Informativa privacy:

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 Federazione Motociclistica Italiana si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e di aver già prestato specifico consenso all'atto del tesseramento che i dati personali raccolti relativi saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data: _____ **Firma a)** _____ **Firma b)** _____