

- Autodichiarazione Stato Salute e Informativa

Spett.le

ASD / SSD / **OVERCOME TEAM A.s.d.**

Sede

Via San Giovanni Bosco I, FAENZA

48018, Faenza - RA

Il sottoscritto _____ nato il _____. _____ . _____

a _____ (_____), residente in _____

(_____), via _____ e domiciliato in _____

(_____), via _____ identificato a mezzo _____

nr. _____ rilasciato da _____

in data _____. _____ . _____, utenza telefonica _____,

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarò punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio in base ai Decreti nazionali e regionali vigenti;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- negli ultimi 14gg di non aver avuto contatto con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- di non presentare sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C).

Altre dichiarazioni

Data _____. _____ . _____, Nome e Cognome _____

Firma del dichiarante:
