

**MODULO PER IL CONTROLLO DEGLI ACCESSI AL CENTRO SPORTIVO CAPPELLI SFORZA**

COGNOME: ..... NOME: .....

RESIDENTE A: ..... IN VIA: .....

CHIEDO DI ACCEDERE AL CENTRO SPORTIVO CAPPELLI SFORZA DI VIA LAMPUGNANO 80 A MILANO  
O CHIEDO L'ACCESSO AL CENTRO SPORTIVO CAPPELLI PER IL SEGUENTE MINORE DA ME TUTELATO

COGNOME: ..... NOME: .....

RESIDENTE A: ..... IN VIA: .....

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE

PER LAVORO, IN QUALITA' DI COLLABORATORE

PER SVOLGERE LA SEGUENTE ATTIVITA' ASSOCIATIVA: .....

PER SVOLGERE IL CAMPUS LUDICO-MOTORIO GIOVANILE

TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA IN SEDE DI ACCESSO:

LA TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA PRIMA ALL'INGRESSO DEL CENTRO SPORTIVO RISULTA INFERIORE A 37,5°

LA TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA ALL'INGRESSO DEL CENTRO SPORTIVO RISULTA SUPERIORE A 37,5° E, DI CONSEGUENZA, E' STATO NEGATO L'ACCESSO

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI IN CASO DI FALSA DICHIARAZIONE, DICHIARA

- CHE NON HA AVUTO DIAGNOSI ACCERTATA DI INFEZIONE DA COVID-19 E CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI, INOLTRE:

- E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON PERSONE AFFETTE DA COVID-19? ..... SI  NO

- E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO? ..... SI  NO

- E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI? ..... SI  NO

- HA AVUTO NELLE ULTIME DUE SETTIMANE SINTOMI RIFERIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID-19 (TRA I QUALI TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5°, TOSSE, STANCHEZZA, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, DOLORI MUSCOLARI, DIARREA, ALTERAZIONI DI GUSTO E OLFATTO)? ..... SI  NO

- MANIFESTA ATTUALMENTE SINTOMI RIFERIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID-19 (TRA I QUALI TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5°, TOSSE, STANCHEZZA, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, DOLORI MUSCOLARI, DIARREA, ALTERAZIONI DI GUSTO E OLFATTO)? ..... SI  NO

DICHIARA ALTRESI'

- DI IMPEGNARSI A COMUNICARE, PRIMA DI OGNI INGRESSO NEL CENTRO SPORTIVO, EVENTUALI VARIAZIONI DI QUANTO SOPRA DICHIARATO, COMPRESA L'INSORGENZA DI SINTOMI RIFERIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID-19, TRA I QUALI TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5°, TOSSE, STANCHEZZA, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, DOLORI MUSCOLARI, DIARREA, ALTERAZIONI DI GUSTO E OLFATTO.

- CHE TUTTO QUANTO SOPRA DICHIARATO, ANCHE IN RELAZIONE AL RISCHIO DI CONTAGIO, CORRISPONDE AL VERO.

PRIVACY: IL/LA SOTTOSCRITTO/A AUTORIZZA LA ASD POLISPORTIVA GAREGNANO 1976 AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE CONTENUTI NEL PRESENTE MODULO ED ALLA SUA CONSERVAZIONE AI SENSI DEL REG. EU 2016/679 E DELLA NORMATIVA NAZIONALE VIGENTE.

DATA: .....

FIRMA: .....