



## **AUTODICHIARAZIONE attività istituzionali "CMF A.S.D."**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a, in qualità di socio/a (o richiedente accoglimento di "diventare socio") della "CMF A.S.D.", al fine di frequentare le attività istituzionali da essa organizzate nella data odierna, consapevole che false dichiarazioni saranno perseguibili penalmente, ai sensi degli artt. 46-47 del DPR 28.12.2000, n. 445,

### DICHIARA

- di aver preso visione del protocollo applicativo di sicurezza della "CMF A.S.D." allegato al presente registro e comunque pubblicato sul sito [www.chengmingfirenze.it](http://www.chengmingfirenze.it);
- **che negli ultimi 14 gg:**
  - Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena per aver contratto il virus COVID-19 o per esserne venuto a contatto;
  - In caso abbia in passato, contratto il virus COVID-19, ha poi ricevuto due tamponi consecutivi entrambi negativi, tale da non essere più considerato paziente COVID-19 (anche asintomatico);
  - Non ha avuto un contatto stretto con casi COVID-19, sospetti o confermati;
  - Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori;
  - In caso di viaggi, ha rispettato tutte le disposizioni, divieti e precauzioni sia governative che regionali relativamente ai viaggi all'Estero;
- **che non presenta attualmente uno dei seguenti sintomi:**
  - febbre = o > a 37,5° e/o dolori muscolari diffusi e/o astenia (facile stancabilità);
  - sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie;
  - sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);
  - disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).
- di concedere il **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** come da informativa resa nota all'iscrizione, fornendo i dati obbligatori all'esecuzione delle attività sportive richieste in rispetto della normativa GDPR vigente.

Il sottoscritto si impegna a dare immediata comunicazione al Presidente della "CMF A.S.D." (Dr. Debora Pomo tel. 3338594420) in caso di ogni variazione ad una delle dichiarazioni di cui sopra informando anche il proprio medico curante.

**Sottoscrizione di tutti i partecipanti all'attività odierna (registro da conservare da parte dell'ASD, per almeno 14 giorni):**

DATA	NOME E COGNOME (COD. FISC. e CELLULARE sono nel Libro Soci della ASD)	FIRMA