

# Bozza

## ALLEGATO A - ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ PER OGNI TESSERATO AD INIZIO DELL'ATTIVITÀ 2020/2021

PER CALCIATORI MAGGIORENNI, GENITORI DI CALCIATORI MINORENNI, ALLENATORI E DIRIGENTI PARTECIPANTI AGLI ALLENAMENTI E ALLE PARTITE

Il/la sottoscritto/a

nato a \_\_\_\_\_ il / /

e residente in \_\_\_\_\_

In caso di atleti minori: genitore di

nato a \_\_\_\_\_ il / /

e residente in \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

in riferimento all'attività calcistica, sia di allenamento che per le gare, della stagione sportiva 2020/2021, per quanto concerne tutta la problematica connessa alla pandemia COVID-19 (Coronavirus), dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di essere a conoscenza delle norme vigenti per quanto riguarda le misure di prevenzione e di contenimento del contagio "COVID-19", compreso il Protocollo FIGC 10.8.2020;
- per quanto precede dichiara sotto la propria responsabilità di impegnarsi in qualsiasi momento dell'attività svolta per la società alla quale è tesserato \_\_\_\_\_ a rispettare tutte le misure preventive e le condotte richieste dalla normativa in vigore;
- dichiara altresì, sotto la propria responsabilità, che si terrà aggiornato in merito alle disposizioni che verranno emanate dalle Autorità a livello nazionale, a livello provinciale e dalla F.I.G.C / L.N.D. / S.G.S.;
- si assume la responsabilità di comunicare immediatamente ai dirigenti della società per la quale è tesserato eventuali variazioni rispetto alle sue conoscenze normative e rispetto al suo stato attuale di totale assenza da sintomi assimilabili al "COVID-19";

Autorizzo inoltre la Società per la quale sono tesserato al trattamento dei miei dati particolari concernente il mio stato di salute ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### NORME GENERALI

- Non accedere alla struttura sportiva con sintomi di febbre, raffreddore, tosse, difficoltà respiratorie, astenia.
- Accedere alla struttura sportiva indossando la mascherina e disinfettando le mani.
- Consentire il controllo della temperatura corporea.
- Mantenere il distanziamento di un metro dagli altri, fatta eccezione per l'attività di contatto prevista dalle regole del gioco del calcio.

# ALLEGATO B - MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE ATTUALE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2 DA CONSEGNARE AL RESPONSABILE DELLA SOCIETÀ \_\_\_\_\_ ALL'ARRIVO PRESSO L'IMPIANTO SPORTIVO PRIMA DI ACCEDERVI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il / / \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

In caso di atleti minori: genitore di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il / / \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre >37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nausea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### Eventuale esposizione al contagio

<b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Ulteriori dichiarazioni \_\_\_\_\_

Autorizzo la Società per la quale sono tesserato ed esclusivamente per le gare ufficiali anche la Società avversaria, al trattamento dei miei dati particolari concernente il mio stato di salute ed alla loro conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# Bozza

## ALLEGATO C

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 CONCERNENTE IL RISPETTO DELLE PRESCRIZIONI ANTI COVID - 19

(da scambiarsi tra le Società partecipanti alla gara e da consegnare all'Arbitro al momento dell'arrivo all'impianto sportivo in base al Protocollo FIGC di data 10.8.2020)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tesserato della Società \_\_\_\_\_

, domiciliato presso la sede della stessa, Delegato per l'applicazione del Protocollo (DAP) FIGC di data 10.8.2020, di cui al Comunicato Ufficiale n. 13 del Comitato Provinciale Autonomo di Trento, relativamente alla gara tra Società Ospitante \_\_\_\_\_ e Società Ospitata \_\_\_\_\_ in programma oggi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

CERTIFICA E DICHIARA

il rispetto da parte di tutto il Gruppo Squadra, composto secondo la definizione contenuta nel suddetto Protocollo da tutti coloro che hanno accesso agli spogliatoi per la suddetta gara, delle prescrizioni sanitarie relative agli accertamenti Covid-19 previsti dai protocolli vigenti e dalle normative legislative.

Da firmare solo da parte della società di casa/ospitante

CERTIFICA E DICHIARA

che, tra gli altri, i locali ad uso della Squadra Ospite e dell'Arbitro sono stati sanificati ed igienizzati attraverso l'utilizzo di idonei prodotti disinfettanti in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Il sottoscritto come sopra identificato, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni false o mendaci, attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_