



ALLEGATO N° 1/B – ADDENDUM “B”

Modulo di Autocertificazione individuale COVID-19 Atleti/Staff/Dirigenti/Ufficiali di Gara
(da consegnare al Responsabile del Protocollo Covid della squadra ospitante quando si accede all'impianto)

Il sottoscritto _____ n° tess. FITET _____

Nato a _____ il ___/___/___ e-mail _____

Residente a _____ in Via _____

Società di tesseramento _____

Qualifica: ATLETA TECNICO DIRIGENTE UFFICIALE DI GARA

ATTESTA

- di non aver avuto diagnosi accertata di malattia Covid-19;
- di aver contratto il COVID-19 ed essere in possesso del certificato di avvenuta guarigione;
- (per gli atleti) di essere in possesso del regolare certificato di idoneità agonistica in corso di validità, di avvenuta guarigione ed aver seguito il protocollo COVID+ per la ripresa delle attività sportive (return to play);
- di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili alla malattia Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia negli ultimi 14 giorni;
- di non aver avuto contatti a rischio con persone affette da Covid-19 (contatto stretto);
- di non essere sottoposto a misure di isolamento o quarantena;
- di essere entrato in contatto con casi di Covid-19 per motivi professionali e non, ed aver eseguito tutte le procedure preventive previste dagli specifici protocolli sanitari.

Data ___/___/___ Firma _____

Nota: In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da almeno uno degli esercenti la responsabilità genitoriale

Nome _____ Cognome _____

Documento di identità _____ n° _____ Rilasciato da _____

Data ___/___/___ Firma _____

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 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 che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

Data ___/___/___ Firma _____



ALLEGATO 2/B – ADDENDUM “B”

**Autocertificazione risultati Test e procedure COVID del Gruppo Squadra
(da consegnare al Giudice Arbitro prima dell’incontro)**

CAMPIONATO NAZIONALE DI SERIE _____ MASCHILE FEMMINILE

SOCIETA' SPORTIVA _____ COD. AFFILIAZ. N° _____

GIORNATA N° _____ DEL _____

INCONTRO: SQUADRA DI CASA _____

SQUADRA OSPITE _____

Il sottoscritto _____ in qualità di:

- Presidente e Legale Rappresentate
- Dirigente Accompagnatore
- Allenatore
- Giocatore (capitano) *(solo in assenza delle altre figure sopra indicate)*

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Tessera FITET N° _____

ATTESTA

- che tutti i partecipanti alla gara hanno compilato l'autocertificazione di cui all'allegato 1/B risultando che nessuno ha avuto sintomi Covid-19 nei precedenti 14 giorni o un contatto stretto con persone Covid+ e nel caso di aver seguito il protocollo COVID.
- (SOLO PER LA SQUADRA DI CASA)** che tutte le procedure di sanificazione all'interno dell'impianto sono state effettuate secondo quanto previsto dal protocollo di dettaglio per le attività sportive della FEDERAZIONE ITALIANA TENNISTAVOLO e che sono state applicate tutte le misure preventive previste dai protocolli federali anti COVID19.

Data ____/____/____

Firma _____



ALLEGATO 3/B – ADDENDUM “B”

Modulo di Autocertificazione/Automonitoraggio (Anamnesi Settimanale)

(la presente autocertificazione verrà mantenuta agli atti della società nel rispetto della privacy)

NOME _____ COGNOME _____ DATA _____

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?

SI NO

HA RISCONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI	NO
TOSSE	SI	NO
FARINGODINIA	SI	NO
RINITE	SI	NO
CONGIUNTIVITE	SI	NO
DIARREA	SI	NO
ANOSMIA	SI	NO
DISGEUSIA	SI	NO

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19?

SI NO

(CONTATTO STRETTO: stessa abitazione; stringere la mano; contatto diretto con secrezioni; contatto faccia a faccia oppure compresenza in ambiente chiuso per più di 15 minuti ad una distanza inferiore a due metri; assistenza sanitaria senza dpi; viaggio aereo a distanza minore o uguale a due posti)

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI.

Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche.

Autorizzo _____ al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data ____/____/____

Firma _____

(in caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà)



ALLEGATO 4/B – ADDENDUM “B”

Lista nominativa dei componenti il gruppo squadra

(da consegnare al Responsabile del Protocollo Covid della squadra ospitante quando si accede all’impianto)

NOME	COGNOME	RUOLO NEL TEAM	RECAPITO TELEFONICO

(in caso di minori la lista nominativa potrà riportare il solo contatto telefonico del dirigente accompagnatore o dell’allenatore)

Lista nominativa eventuali altre persone al seguito del Gruppo Squadra e ammessi all’impianto

NOME	COGNOME	RUOLO NEL TEAM	RECAPITO TELEFONICO

NOME E COGNOME DEL COMPILATORE _____

- PRESIDENTE E LEGALE RAPPRESENTATE
- DIRIGENTE ACCOMPAGNATORE
- ALLENATORE

Data ____/____/____

Firma _____

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 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 che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell’emergenza sanitaria COVID-19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all’adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

Data ____/____/____

Firma _____