



STADIO DEL GHIACCIO VAL DI ZOLDO ASD USG ZOLDO

Modulo di Autodichiarazione COVID-19

(ai sensi D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Numero di telefono _____

DICHIARA

- di non presentare febbre (oltre 37,5°), mal di gola, tosse, difficoltà respiratorie, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi riconducibili al COVID-19;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero, di non essere risultato positivo al COVID-19 o in caso positivo di aver effettuato due tamponi diagnostici negativi per SARA-COV-2;
- di non avere familiari conviventi attualmente positivi al COVID-19;
- di impegnarsi a rispettare le norme sul distanziamento interpersonale, sull'uso della mascherina, sull'igiene delle mani e sulle misure preventive anti-contagio;
- di impegnarsi a rispettare le disposizioni specifiche all'uso dello stadio del ghiaccio.

VAL DI ZOLDO

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

In relazione alla normativa sulla Privacy l'utente dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs 196 2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificata dal D.Lgs 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno la finalità di Informazioni ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.