



**SCUOLA CALCIO PCG BRESSO – SAN CARLO**

**Piazza Alcide De Gasperi 1  
20091 – Bresso (MI)  
pcgbresso@sancarlobresso.com**

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DI MAGGIORENNI DA RENDERE IN  
OCCASIONE DELL'INGRESSO IN UNA STRUTTURA SPORTIVA PARROCCHIALE E COMUNALE  
(AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_,  
Cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- a) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti;
- b) di non essere COVID-19 positivo accertato oppure di essere stato COVID-19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di singolo tampone negativo o dopo 21 giorni dal primo tampone risultato positivo;
- c) di non essere o non essere stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 7 giorni;
- d) che nessun convivente è sottoposto a misura restrittiva di quarantena o isolamento fiduciario dovuto a positività o a contatti stretti come previsto dalla vigente normativa;
- e) di non essere in attesa di esito di tampone;
- f) di non aver presentato negli ultimi 3 giorni sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5°)
- g) di essere consapevole che in caso di risposta negativa a uno dei punti precedenti non si potrà accedere all'impianto sportivo.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione.

Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività sportiva, di tenersi lontano dalle altre persone, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente l'Allenatore e/o Dirigente presente. Appena sussistano le condizioni si avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico.

La ripresa dell'attività potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere e, nel caso di positività al COVID-19, dopo la consegna del nuovo certificato di idoneità alla pratica agonistica per le categorie di Operatori Sportivi previsto.

L'eventuale riscontro di positività al SARS CoV-2 di un componente della squadra o dello Staff tecnico potrebbe comportare la temporanea sospensione dell'attività agonistica e l'intervento del Dipartimento di Prevenzione Regionale e/o delle autorità sanitarie competenti.

Per quanto sopra, sottoscrivendo il presente modulo, si autorizza altresì la Società a comunicare il nominativo della persona risultata positiva esclusivamente ai soggetti che hanno avuto contatti stretti con la medesima al fine di permettere un puntuale intervento di autotutela e di contenere quanto più possibile la diffusione del contagio.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

(\*) al link è possibile consultare la circolare del Ministero della Salute riguardante la definizione di "contatto stretto"  
<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74178&parte=1%20&serie=null>

