

## Allegato 6 - Autodichiarazione Stato Salute e Informativa

Spett.le



**ASD TRIATHLON DUATHLON RIMINI**  
Via Marecchiese, 152 - 47922 Rimini  
Partita IVA/Codice Fiscale:02509930406  
Codice univoco SDI: M5UXCR1

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ , utenza telefonica \_\_\_\_\_

*consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarò punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000,*

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio in base ai Decreti nazionali e regionali vigenti;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- negli ultimi 14 giorni di non aver avuto contatto con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- di non presentare sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C).

Altre dichiarazioni:

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ , Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante: \_\_\_\_\_



Spett.le

**ASD TRIATHLON DUATHLON RIMINI**  
Via Marecchiese, 152 - 47922 Rimini  
Partita IVA/Codice Fiscale:02509930406  
Codice univoco SDI: M5UXCR1

Il sottoscritto (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_, genitore di

(*nome e cognome*) \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ [redacted], utenza telefonica \_\_\_\_\_

*consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarò punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000,*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ che il/la figlio/a**

- è a conoscenza delle misure di contenimento del contagio in base ai Decreti nazionali e regionali vigenti;
- non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- negli ultimi 14 giorni non ha avuto contatto con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- non presenta sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C).

Altre dichiarazioni:

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ , Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Firma del soggetto esercente la potestà genitoriale sul minore:

---