



Lugagnano, 03/09/2020

Aggiornamento procedure Protocollo Covid-19

Cari Atleti, cari Genitori,

a seguito dei chiarimenti ricevuti dalla F.I.G.C., trasmettiamo di seguito gli aggiornamenti sulle procedure di comportamento da adottare presso gli impianti sportivi che saranno valide da **lunedì 7 Settembre 2020**.

Autocertificazione per Allenamenti: obbligatoria ogni 14 giorni prima del primo allenamento utile (modulo in allegato)

Autocertificazione giornaliera per partite amichevoli o ufficiali: modulo FIGC già in vostro possesso (riproposto in allegato)

Rimangono inalterate le altre disposizioni, quali:

- la misurazione della temperatura, obbligatoria prima di ogni accesso al centro sportivo;
- mantenimento del registro delle presenze giornaliere;
- utilizzo di bottiglie/borracce individuali;
- il rispetto delle norme igienico-sanitarie di prevenzione Covid-19;
- l'accesso agli impianti fra i 30 minuti ed i 10 minuti antecedenti l'orario comunicato di inizio allenamento per facilitare l'adempimento delle disposizioni sopra elencate.

Data l'evoluzione dei protocolli, saranno inviate ulteriori comunicazioni di aggiornamento.

Ringraziando calorosamente tutti, Atleti, Genitori, Allenatori, Staff e Dirigenti per l'attenzione e la collaborazione di questi primi giorni, Vi saluto calorosamente,

Unione Calcistica Dilettantistica Lugagnano
Il Presidente
Avv. Giovanni Forlin

Allegati alla presente:

- MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE 14 GIORNI
- MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE F.I.G.C.

Unione Calcistica Dilettantistica Lugagnano
Via Barlottini 29
37060 Lugagnano di Sona, Verona
segreteria@aclugagnano.it



AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 PER ATLETI TESSERATI

Il sottoscritto _____, nato il _____

a _____ (___), residente in _____ (___),

via _____,

genitore di (in caso di atleta minorenni) _____, nato il _____

residente in _____ (___), via _____,

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, DICHIARA, per quanto di propria conoscenza:

- Di essere in possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica in corso di validità (durata 12 mesi dalla data di rilascio)
- di non essere stato affetto da COVID-19;
- di non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie;
- di non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di non avere avuto sintomi riferibili a COVID-19 consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere all'impianto se non in possesso di un certificato di guarigione.

Mi impegno ad informare l'Ass. Sportiva **U.C.D. Lugagnano** e a non frequentare l'impianto sportivo, in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
- contatto/esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
- conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone);
- qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, congestione nasale, nausea, congiuntivite, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso l'impianto sportivo ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Luogo e data _____ Firma _____

Preso visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio/a minore.

Luogo e data _____ Firma _____

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a

nato a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di

nato a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____

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

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

Ulteriori dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre U.C.D. LUGAGNANO (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____