ESTENSIONE REGOLAMENTO: NORME DI SICUREZZA ANTI-COVID

La nona edizione del torneo di calcio a 5 "Le Grazie" si svolgerà rigorosamente a **PORTE CHIUSE**.

Potranno accedere all'impianto esclusivamente:

- I giocatori partecipanti alla gara (iscritti nella distinta di gioco della gara)
- L'allenatore e il dirigente accompagnatore (iscritti nella distinta di gara)
- L'arbitro e i suoi collaboratori
- Lo staff organizzatore del torneo

Per potersi iscrivere al torneo sarà necessario compilare e firmare un **modello di autocertificazione** attestante lo stato di buona salute e di non contatti con casi accertati o sospetti di Covid-19.

Sarà obbligatorio arrivare al campo almeno 20 minuti prima dell'inizio della partita, **muniti di mascherina**, per la misurazione della **temperatura corporea** tramite termo scanner. Potranno accedere all'impianto solo coloro che hanno una temperatura corporea inferiore a 37,5°C.

Per quanto riguarda la presenza di pubblico è **assolutamente vietato** assistere alle gare, l'organizzazione provvederà a tenere i cancelli chiusi e a riservarsi di chiamare le forze dell'ordine qualora non siano rispettate le norme di distanziamento sociale previste dal decreto. Si richiede la massima collaborazione anche a tutte le squadre iscritte onde evitare di compromettere il regolare svolgimento del torneo.

La direzione si riserva anche la facoltà di adottare provvedimenti e/o sanzioni qualora queste disposizioni non siano rispettate.

Non ci sarà la possibilità di utilizzare gli spogliatoi dell'impianto sportivo.

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 ☐	NO ☐
Tosse	SI ☐	NO ☐
Stanchezza	SI ☐	NO ☐
Mal di gola	SI ☐	NO ☐
Mal di testa	SI ☐	NO ☐
Dolori muscolari	SI ☐	NO ☐
Congestione nasale	SI ☐	NO ☐
Nausea	SI ☐	NO ☐
Vomito	SI ☐	NO ☐
Perdita di olfatto e gusto	SI ☐	NO ☐
Congiuntivite	SI ☐	NO ☐
Diarrea	SI ☐	NO ☐

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con casi sospetti	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI ☐	NO ☐
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI ☐	NO ☐

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 _____ *(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 _____