



**A.S.D. Tiro A Volo Alto Reno**

Castelnuovo Vergato (Bo)

Cell. 340-5680942

www.tavaltoreno.it e-mail: tav@ilsaloon.it

## CAMPIONATO ITALIANO SPORTING FEDERCACCIA 6 GIUGNO 2021

# NORME DI SICUREZZA COVID-19

- **ISCRIZIONI:** ONDE EVITARE ASSEMBRAMENTI, IL TIRATORE DOVRA' PROVVEDERE ALL'ISCRIZIONE INVIANDO TRAMITE MAIL [tav@ilsaloon.it](mailto:tav@ilsaloon.it)
  - MODULO DI ISCRIZIONE
  - RICEVUTA DI PAGAMENTO bonifico bancario con coordinate  
*ASD TIRO A VOLO ALTO RENO*  
*IBAN IT55A0200805534000104415745*  
*Unicredit Agenzia Alto reno Terme*  
*CAUSALE "iscrizione CAMPIONATO ITALIANO FEDERCACCIA "cognome-nome tiratore""*LE ISCRIZIONI SARANNO CONSIDERATE VALIDE SOLO SE PRESENTE QUANDO SOPRA RIPORTATO
- **DISPOSITIVI DI SICUREZZA:**
  - UTILIZZARE I DISPENSER PER LA SANIFICAZIONE DELLE MANI OVE PRESENTI
  - INDOSSARE LA MASCHERINA DURANTE TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA, OBBLIGATORIAMENTE NEI LOCALI INTERNI E ANCHE NELLE AREE
  - NELL'UTILIZZO DI SPAZI COMUNI (TAVOLI, SEDIE, GAZEBO) ATTENERSI AL DISTANZAMENTO PREVISTO DAI CARTELLI INFORMATIVI O INDICATO DAGLI ADDETTI SENZA APPORTARE MODIFICHE
  - I DISPOSITIVI DI SICUREZZA DEVONO ESSERE GETTATI NEGLI APPOSITIVI CONTENITORI
- **ACCESSO AI LOCALI:**
  - ARMERIA : UNA PERSONA ALLA VOLTA MUNITA DI MASCHERINA
  - BAGNI: MASSIMO TRE PERSONE ALLA VOLTA MUNITE DI MASCHERINA
- **ASSEMBRAMENTI**
  - DIVIETO ASSOLUTO DI CREARE ASSEMBRAMENTI SIA ALL'INTERNO CHE ALL'ESTERNO DEI LOCALI
- IN **GENERALE** ATTENERSI ALLE INDICAZIONI ANTI-COVID19 PRESENTI SUL SITO [FITAV](http://www.fitav.it/covid19)  
[www.fitav.it/covid19](http://www.fitav.it/covid19)

**Tiro a volo Alto reno e Agriturismo Serra dei Gatti NON SI ASSUMONO ALCUNA RESPONSABILITA' rispetto alla violazione delle norme vigenti**



**A.S.D. Tiro A Volo Alto Reno**  
Castelnuovo Vergato (Bo)  
Cell. 340-5680942  
www.tavaltoreno.it e-mail: tav@ilsaloon.it

**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 -47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'  
AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

- Di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 15 gg;
- Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 15 giorni.
- Di non aver avuto contatti con persone assoggettate a quarantena
- Di non aver effettuato viaggi internazionali
- Avere contratto il COVID-19 e di avere effettuato dopo la guarigione clinica DUE tamponi a distanza di 24 ore risultanti NEGATIVI rispettivamente in data ..... e in data ..... rispettando il periodo di isolamento sociale di 14 giorni terminato in data .....
- Di essere consapevole che ogni dichiarazione falsa è perseguibile penalmente

**PER ACCETTAZIONE DELLE NORME SOPRA RIPORTATE**

Luogo e data:

In Fede Firma leggibile del Dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*In caso di minore la dichiarazione deve essere firmata dall'esercente la responsabilità genitoriale.*