

Agg. agosto 2020

## LIBERATORIA ASSENZA CERTIFICATO MEDICO (attività amatoriale rugby/touch val.15gg)

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo ..... città ..... cap ..... prov. ...

nato/a ..... il .....

tel. .... mail .....

PREMESSO CHE l'attività sportiva è gestita dal VITTORIO VENETO RUGBY A.S.D., iscritta al REGISTRO NAZIONALE del C.O.N.I. al n° N° FSNFIR429059

- a) chiedo di accogliermi quale tesserato/a atleta per frequentare le attività dell'Associazione Rugbistica;
- b) sono stato debitamente informato circa la necessità di produrre **certificazione medica sportiva agonistica con ECG** e l'anamnesi attestante l'idoneità fisica amatoriale come previsto dalle normative che impone il controllo sanitario per la pratica sportiva non agonistica a coloro che svolgono attività organizzate dal C.O.N.I., da società o a.s.d. affiliate alle Federazioni sportive nazionali o agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I.;
- c) chiedo di essere ammesso a frequentare il Club sportivo e le attività amatoriali di Rugby e Touch rugby sin dalla data del presente atto, in attesa della produzione o rinnovo della suddetta certificazione.

TUTTO CIO' PREMESSO, IO SOTTOSCRITTO, DEBITAMENTE INFORMATO, NEL PIENO POSSESSO DELLE MIE FACOLTA' E SOTTO LA MIA PIENA ED ESCLUSIVA RESPONSABILITA':

- 1) dichiaro di frequentare l'attività sportiva rugbistica nel Campo Sportivo d'Atletica di Piazzale Consolini e nell'Impianto sportivo del Seminario Vescovile e partecipare alle attività della società alla data del presente atto pur in assenza di certificazione medica attestante la sua idoneità all'esercizio dell'attività sportiva agonistica;
- 2) dichiaro di essere in buone condizioni fisiche e di godere di buona salute, di non essere portatore di impedimenti o patologie invalidanti, anche temporanee, allo svolgimento dell'attività rugbistica nonché l'attività fisica e sportiva non competitiva. In particolare dichiara di non essere affetto da asma o altra patologia polmonare, di non avere disfunzioni cardiache o vascolari, né di assumere farmaci soggetti a prescrizione medica o che possano alterare i normali parametri funzionali fisici.
- 3) dichiaro di sollevare il VITTORIO VENETO RUGBY ASD da ogni qualsiasi responsabilità nei confronti miei e dei miei aventi causa, per danni alla persona e/o patrimonio che possa subire frequentando il Campo sportivo e i raggruppamenti esterni FIR; prendo atto e riconosco che la presente liberatoria concerne qualsiasi attività (sportiva & non) svolta ivi incluse le attività che possono presentare accentuata pericolosità.
- 4) dichiaro di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19, di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane; di non aver avuto contatti a rischio negli ultimi 14 giorni con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.); di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento;
- 5) dichiara altresì di obbligarsi ad informare immediatamente la ASD/SSD qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicate.

Data

Firma (leggibile)