

EIGENERKLÄRUNG COVID-19

(im Sinne der Art. 46 und 47 der Verordnung des Präsidenten der Italienischen Republik D.P.R. 445/2000)

Der/die Unterfertigte - Die Eltern des minderjährigen Schülers

Daten des Schülers:		Alter (Jahre)
Nachname	Name	
Geburtsdatum	Steuernummer	

ERKLÄRT/ERKLÄREN WIE FOLGT

im Besitz einer sportmedizinische Eignungsbescheinigung zu sein:

für den Wettkampfsport ☐ ohne Wettkampfcharakter mit Ablaufdatum am _____

In den letzten 30 Tagen aufgetretene Symptome

Fieber >37,5°	JA ☐	NEIN ☐
Husten	JA ☐	NEIN ☐
Kurzatmigkeit	JA ☐	NEIN ☐
Müdigkeit/Abgeschlagenheit	JA ☐	NEIN ☐
Halsschmerzen	JA ☐	NEIN ☐
Kopfschmerzen	JA ☐	NEIN ☐
Muskelschmerzen	JA ☐	NEIN ☐
Verstopfte Nase	JA ☐	NEIN ☐
Übelkeit	JA ☐	NEIN ☐
Erbrechen	JA ☐	NEIN ☐
Geruchs- und Geschmackverlust	JA ☐	NEIN ☐
Bindehautentzündung	JA ☐	NEIN ☐
Durchfall	JA ☐	NEIN ☐

Eventueller Ansteckungsgefahren ausgesetzt

Kontakt mit einer COVID 19 positiv getesteten Person (mit Abstrich)	JA ☐	NEIN ☐
Kontakt mit einer Person mit COVID 19 Verdacht	JA ☐	NEIN ☐
Kontakt mit Familienangehörigen mit COVID 19 Verdacht	JA ☐	NEIN ☐
Zusammenlebende Personen mit Fieber oder Grippeähnlichen Symptomen	JA ☐	NEIN ☐
Kontakt zu Personen mit Fieber oder Grippeähnlichen Symptomen	JA ☐	NEIN ☐

Zusätzliche Angaben:

☐ der/die unterfertigte oder die Eltern des minderjährigen Schülers bestätig/t/en hiermit unter eigener Verantwortung, dass die oben angeführten Angaben der Wahrheit entsprechen, und ist/sind sich der Zivil- und Strafrechtlichen Folgen bei falschen Angaben, auch in Hinsicht der Ansteckungsgefahr beim Ausüben der sportlichen Aktivitäten bewusst (art. 46 D.P.R. n. 445/2000);

- ☐ erklärt/erklären dass er/sie vom Verein über die angewandten Maßnahmen um das Ansteckungsrisiko zu minimieren informiert wurden und in diese Einsicht genommen zu haben;
- ☐ ist/sind bereit alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, wie dies von den Hygienerichtlinien vorgesehen ist welche mir/uns bekannt sind, um das Risiko der Ansteckungsgefahr durch COVID-19 zu minimieren;
- ☐ erklärt/erklären sich bereit jegliche Änderung der oben angeführten Angaben sofort zu melden, auch eventuell auftretende Symptome welche der Infektion durch COVID-19 zugeordnet werden könnten;
- ☐ Ermächtigt/ermächtigen den **A.S.V. OLYMPIC TAEKWONDO BOZEN** zur Verarbeitung der in diesem Formular enthaltenen Daten in Bezug auf den Gesundheitszustand, sowie deren Erhaltung gemäß des Reg. EU n. 679/2016 und der geltenden nationalen Rechtsvorschriften.

Der volljährige Schüler:	Nachname und Name Datum Unterschrift
---------------------------------	---

Daten der Eltern /des Tutors:			
MUTTER: Nachname und Name Datum Unterschrift		VATER: Nachname und Name Datum Unterschrift	