

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)	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Nachname	<input style="width: 300px;" type="text"/>	Name	<input style="width: 300px;" type="text"/>
Geburtsdatum	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Steuernummer	<input style="width: 300px;" type="text"/>

ERKLÄRT/ERKLÄREN WIE FOLGT

im Besitz einer sportmedizinische Eignungsbescheinigung zu sein:

für den Wettkampfsport ohne Wettkampfcharakter mit Ablaufdatum am _____

In den letzten Tagen aufgetretene Symptome

Eventueller Ansteckungsgefahren ausgesetzt

Fieber >37,5°	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	Kontakt mit einer COVID 19 positiv getesteten Person (mit Abstrich)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Husten	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	Kontakt mit einer Person mit COVID 19 Verdacht	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	Kontakt mit Familienangehörigen mit COVID 19 Verdacht	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Müdigkeit/Abgeschlagenheit	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	Zusammenlebende Personen mit Fieber oder Grippeähnlichen Symptomen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	Kontakt zu Personen mit Fieber oder Grippeähnlichen Symptomen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Muskelschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Verstopfte Nase	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Übelkeit	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Erbrechen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Geruchs- und Geschmackverlust	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Bindehautentzündung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			
Durchfall	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>			

Zusätzliche Angaben: _____

- der/die unterfertigte/n 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 in der Sportstätte und beim Ausüben der Wettkampftätigkeiten bewusst (art. 46 D.P.R. n. 445/2000);

- erklärt/erklären dass er/sie vom Verein über die in der Turnhalle 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 und 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:	<input style="width: 95%;" type="text"/> <i>Nachname und Name</i>
<input style="width: 80%;" type="text"/> <i>Datum</i>	----- <i>Unterschrift</i>

Daten der Eltern /des Tutors:	
<input style="width: 95%;" type="text"/> <i>MUTTER: Nachname und Name</i>	<input style="width: 95%;" type="text"/> <i>VATER: Nachname und Name</i>
Datum <input style="width: 60%;" type="text"/>	Datum <input style="width: 60%;" type="text"/>
----- <i>Unterschrift</i>	----- <i>Unterschrift</i>