



Comitato Provinciale di VERCELLI

Vercelli 01.10.2020

- A tutte le Società

Oggetto: *campionato 2020/2021*

Con la presente si comunica che il giorno **lunedì 5/10/2020** alle ore **20,45** presso **la sala bar G.S.D. Canada Calcio** presso l'impianto sportivo **Renzo Maglione di via Cantarana** (dietro il centro commerciale Bennet) sono convocate tutte le Società, con il seguente ordine del giorno:

- Quesiti e risposte su Regolamento e protocollo Covid-19;
- Date di inizio del campionato;
- Sorteggio dei gironi;
- Formulazione delle fasi finali di play-off e Coppa CSI;
- Varie ed eventuali.

NOTA 1 sarà ammesso un solo componente per Società; eventuali accompagnatori o collaboratori non potranno accedere alla struttura.

NOTA 2 non potranno accedere i soggetti privi di autocertificazione.

NOTA 3 vige l'obbligo dell'uso mascherina per tutta la durata della riunione, del rilevamento della temperatura all'ingresso, dell'utilizzo di gel igienizzante nonché di un'autocertificazione per ogni partecipante.

NOTA 4 sono vietati i contatti ed è obbligatorio il distanziamento ad almeno 1,5 metri.

Il Presidente
Giuseppino Cedone

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____,

nato il ____/____/_____ a _____ (____),

residente in _____ (____),

via _____

utenza telefonica _____,

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.) DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ che negli ultimi 14 gg. non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID-19;

non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, ecc.);

non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;

non è rientrato in Italia né ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extra UE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta e Spagna;

che non presenta uno dei seguenti sintomi:

febbre e/o dolori muscolari diffusi;

sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;

sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);

disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

In caso variassero le condizioni di cui alla presente certificazione, mi impegno a darne tempestiva comunicazione al personale dell'Unità Operativa.

Data, ora e firma del dichiarante _____