

Eigenerklärung

Die/Der Unterfertigte _____

geboren in _____ am _____

wohnhaft in _____

Erklärt wie folgt

 Im Besitz eines sportärztlichen Zeugnisses mit Ablaufdatum am _____ keine Symptome (Fieber, Husten, Halsschmerzen usw.) in den letzten 14 Tagen

Möglicher Infektionskontakt in den letzten 21 Tagen:

Kontakt mit festgestellten COVID-19 Fällen (positiv getestet)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kontakt mit Verdachtsfällen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kontakt mit Familienangehörigen von Verdachtsfällen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Person im selben Haushalt mit Fieber oder grippeähnlichen Symptomen (noch nicht getestet)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kontakt mit Person mit Fieber oder grippeähnlichen Symptomen (noch nicht getestet)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

Zusätzliche Angaben: _____

Die/Der oben genannte Unterfertigte bestätigt hiermit unter ihrer/seiner eigenen Verantwortung, dass die oben erklärten Angaben der Wahrheit entspricht und sich die/der Unterfertigte bewusst ist, dass eine falsche Erklärung, auch in Bezug auf das Ansteckungsrisiko innerhalb der Sportanlage und die Ausübung des Sports zivil- und strafrechtlichen Folgen hat (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Die/Der Unterfertigte ermächtigt den _____ (Geben Sie den Namen des Sportvereins an) zur Verarbeitung ihrer/seiner personenbezogenen Daten, in Bezug auf den in diesem Formular enthaltenen Gesundheitszustand, sowie zu deren Erhaltung gemäß Reg. Eu 2016/679 und den geltenden nationalen Rechtsvorschriften.

Datum_____
Unterschrift des Antragstellers

Im Falle von minderjährigen Sportlern Unterschrift beider Elternteile:

(Vater/Vormund)_____
(Mutter/Vormund)