**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

***DA FAR COMPILARE AD OGNI ASD/SSD CHE UTILIZZA I VOSTRI SPAZI E DA FAR RESTITUIRE ALLA VOSTRA ASSOCIAZIONE FIRMATA ENTRO E NON OLTRE IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CON GLI ALLEGATI INDICATI IN CALCE (CHE NE SONO PARTE INTEGRANTE):***

Il/la sottoscritto/a

Residente in via C.F.

In qualità di legale rappresentante della società/gruppo sportivo/gruppo spontaneo (di seguito *società*):

Recapito referente: Email:

*(barrare la casella interessata)*

* assegnatario, come da delibera del Comune/Quartiere del seguente impianto:
* Palestra:

Giorno e orario:

* Palestra:

Giorno e orario:

* Palestra:

Giorno e orario:

* Palestra:

Giorno e orario:

* utilizzatore saltuario dell’impianto sportivo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, DICHIARA (*barrare le caselle interessate*):

* Che tutti gli utilizzatori dello spazio nel turno sono tutti **regolarmente tesserati** presso la società;
* Che tutti i tesserati della società sono in possesso di **certificato medico** in corso di validità, secondo le normative vigenti;
* Che tutti i tesserati della società sono coperti da polizza assicurativa per infortuni, morte e/o invalidità permanente (con capitali non inferiori ad € 50.000,00 in caso di morte e di € 75.000,00 in caso di invalidità permanente);
* Di **avvalersi del** **defibrillatore** in uso all’impianto sportivo; dichiara altresì di avvalersi per l’utilizzo dello stesso, esclusivamente di proprio personale abilitato che durante le attività è, sarà sempre, presente sull’impianto; a tal proposito si richiede la trasmissione degli attestati;
* Nominativo del/i soggetto/i abilitato/i all’utilizzo e data del corso BLSD:

1) data corso BLSD ;

2) data corso BLSD ;

3) data corso BLSD ;

oppure □ **Di NON avvalersi del defibrillatore** in uso sull’impianto e di provvedere autonomamente garantendo in proprio sia la presenza dello strumento in occasione di ogni singolo turno di allenamento/gara, che di personale abilitato all’uso;

* che riguardo alla **prevenzione del contagio da COVID 19** la società/gruppo spontaneo, nello svolgimento dell’attività sportiva, si attiene scrupolosamente alle regole della federazione di appartenenza o di riferimento per lo sport praticato;
* di impegnarsi a rispettare scrupolosamente gli orari assegnati in modo da consentire tra un turno e l’altro gli interventi di pulizia previsti;
* di aver preso visione del protocollo per la prevenzione del contagio predisposto per l’impianto in oggetto dal Comitato Provinciale AICS di Bologna APS e dichiara altresì di attenervisi scrupolosamente;
* che il referente per la prevenzione del COVID 19 presso l’intestata società/gruppo spontaneo è il/la Sig./Sig.ra (email: );
* di aver preso visione e di firmare per accettazione l’allegato “*patto di responsabilità”*

 ***(ALLEGATO. N. 1)***;

* di raccogliere all’inizio di ogni allenamento le autocertiﬁcazioni di ognuno dei propri atleti (come da modello che si allega alla presente- ***ALLEGATO. N. 2***), e di annotare su un apposito registro le presenze (***ALLEGATO. N. 3*** ); detto registro dovrà essere trasmesso quotidianamente al gestore o via email (francesca.brecciaroli@aicsbologna.it) o via whatsup (al n. 3516429959);
* di misurare, con apposito termometro della società stessa, la febbre all’arrivo nell’impianto di ogni istruttore e di ogni singolo atleta e di annotare su un apposito registro le presenze ((***ALLEGATO. N. 3*** ); detto registro dovrà essere trasmesso quotidianamente al gestore o via email (francesca.brecciaroli@aicsbologna.it) o via whatsup ( al n. 3516429959);

Pertanto, il/la sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. N. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede.

Luogo e data firma

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è sottoscritta, con allegati compilati, e inviata entro il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Allegati:*

* ***patto di responsabilità (ALL. 1);***
* ***AUTOCERTIFICAZIONE COVID19 (ALL. 2);***
* ***Registro presenze (ALL. 3);***

*DA ALLEGARE E DA INVIARE :*

* *documento d’identità del legale rappresentante in corso di validità;*
* *documento d’identità degli addetti all’uso del defibrillatore;*
* *copia degli attestati di partecipazione al corso BLSD;*