

# Eigenerklärung

Die/der Unterfertigte .....

Steuernummer oder Adresse .....

erreichbar per Telefon.....

erklärt:

- in den vergangenen 14 Tagen keine Symptome (Fieber, Husten, Halsschmerzen usw.) verspürt zu haben
- in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt mit festgestellten COVID-19 Fällen zu haben
- in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt mit COVID-19 Verdachtsfällen gehabt zu haben

Zusätzliche Angaben:.....

Die/Der Unterfertigte bestätigt hiermit unter eigener Verantwortung, dass die oben erklärten Angaben der Wahrheit entsprechen und ermächtigt den **SV KALTERN EISHOCKEY** zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten, in Bezug auf den in diesem Formular enthaltenen Gesundheitszustands, sowie zu deren Erhaltung gemäß Reg. EU 2016/679 und den geltenden nationalen Rechtsvorschriften.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Im Falle von Minderjährigen Unterschrift beider Elternteile:

\_\_\_\_\_  
(Vater/Vormund)

\_\_\_\_\_  
(Mutter/Vormund)

# Autodichiarazione

Il/la sottoscritto/a .....

partita IVA o Indirizzo .....

reperibile per telefono .....

dichiara di

- non aver sentito negli ultimi 14 giorni sintomi (febbre, tosse, mal di gola)
- non aver avuto contatto negli ultimi 14 giorni con casi COVID-19 accertati
- non aver avuto contatto negli ultimi 14 giorni con casi sospetti COVID-19

Ulteriori dichiarazioni.....

Il sottoscritto conferma sotto la propria responsabilità che le informazioni sopra riportate sono veritiere e autorizza l'associazione **SV KALTERN EISHOCKEY** al trattamento dei dati personali, in relazione allo stato di salute contenuto nel presente modulo, nonché al suo mantenimento in conformità al Reg. UE 2016/679 e alla legislazione nazionale applicabile.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

firma

In caso di minori, firma di entrambi i genitori:

\_\_\_\_\_

(padre/tutore)

\_\_\_\_\_

(madre/tutore)