



## SCHEDA DI INGRESSO / PARTECIPAZIONE

1

La presente scheda dovrà essere compilata ed inviata alla Segreteria Tecnica preventivamente via mail (indirizzo: [responsabileaccessi@skpgroup.it](mailto:responsabileaccessi@skpgroup.it)) entro il giorno precedente alla riunione di corse e successivamente consegnata in originale all'ingresso all'Ippodromo.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ operatore Trotto (Allenatore) in possesso di licenza in validità autorizzata dal M.I.P.A.A.F., dichiaro che i cavalli da me allenati sono dichiarati partenti in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'ippodromo del galoppo di Milano San Siro.

A tal fine si allega in calce alla presente:

- Modello di scheda per l'indicazione dei nominativi degli addetti alla cura ed il benessere dell'animale e dei proprietari che sono stati preventivamente resi edotti del Protocollo operativo vigente presso l'Ippodromo e di quello condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro;
- Modello di autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000, da compilare da parte di ogni operatore richiedente l'accesso;
- Modello di autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000, onnicomprensiva da compilare da parte del responsabile società/allenatore;

L'orario di arrivo degli accedenti è indicato in calce alla scheda nominativi e dovrà essere confermato.

L'uscita dovrà essere effettuata entro e non oltre il termine dell'ultima corsa disputata dai propri cavalli.

\* \* \*

**Estratto del Protocollo Operativo “*Gestione del rischio da Coronavirus*” che sancisce gli autorizzati all'ingresso:**

⇒ operatori ippici legati e collegabili ai cavalli partenti della giornata:

- allenatore o suo delegato;
- guidatori/fantini/amazzoni impegnati nelle giornate di corse;
- personale di scuderia (non più di un artiere per ogni cavallo);
- gli autisti dei van per il trasporto dei cavalli;

⇒ un solo proprietario dell'equide; qualora il cavallo abbia più di un proprietario o affidatario o affittuario potrà essere concesso di accedere a uno solo di questi nell'arco della stessa giornata;

⇒ veterinari e funzionari di gara (componenti di giuria) incaricati dal MIPAAF;

⇒ operatori sanitari, e veterinari professionisti addetti alla struttura; maniscalchi.





## SCHEDA DI INGRESSO / PARTECIPAZIONE

3

### AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 OPERATORE/PROPRIETARIO IPPICO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( ),  
residente in \_\_\_\_\_ ( ), via \_\_\_\_\_, e  
domiciliato in \_\_\_\_\_ ( ), via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_, nr.  
\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_, in  
data \_\_\_\_\_; utenza telefonica \_\_\_\_\_

#### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di svolgere la seguente attività \_\_\_\_\_
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento;

Milano, li \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**



## SCHEDA DI INGRESSO / PARTECIPAZIONE

4

### AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 DELLA SOCIETA'/OPERATORE

Io sottoscritto Nome ..... Cognome ..... nato il ..... a ..... e residente in via ..... a .....

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del DPR 445/2000 e art. 495 c.p. in caso di dichiarazione a pubblici ufficiali),

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE IL SOTTOSCRITTO E TUTTO IL PERSONALE ALLE MIE DIPENDENZE**

- NON E' sottoposto alla misura della quarantena ovvero NON E' risultato positivo al COVID-19 o in caso positivo di aver effettuato due tamponi diagnostici negativi per SARS-COV-2;
- NON HA famigliari, conviventi o amici positivi al COVID-19 ed eventualmente segnalarlo qualora si verificasse l'eventualità;
- DI AVER compreso il divieto di spostarsi da casa in caso di comparsa di sintomi di malattia COVID-19 (febbre da 37.5° in su, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi);
- DI impegnarmi a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e della Società nel consentire l'accesso al Comprensorio Ippico (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e disinfezione degli ambienti, osservare l'uso della mascherina, come descritte nelle cartellonistiche affisse all'interno del comprensorio stesso), unitamente all'impegno ad informare tempestivamente e responsabilmente la Società, della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa da parte del mio personale, avendo cura di adottare le procedure presenti all'interno del protocollo, ed accettando l'adozione delle misure di isolamento che la stessa intenderà adottare, nel rispetto della dignità della persona.

**DICHIARO ALTRESI' CHE SIA IL SOTTOSCRITTO SIA IL PERSONALE ALLE MIE DIPENDENZE**

**POSSIEDE** adeguati dispositivi di protezione relativi alla protezione e prevenzione dai rischi degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali per pandemia COVID-19 in ottemperanza al DPCM 26 Aprile 2020

**E' SPROVVISTO** di adeguati dispositivi di protezione relativi alla protezione e prevenzione dai rischi degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali per pandemia COVID-19 in ottemperanza al DPCM 26 Aprile 2020, e ricevo in data odierna in dotazione il sottoelencato materiale:

	<b>DISPOSITIVO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Mascherina facciale filtrante FFP2/3 EN 149 (o equiparata approvata INAIL)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Mascherina chirurgica EN 14683 (o equiparata approvata ISS)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Mascherina facciale filtrante per civile popolazione</b>



## SCHEDA DI INGRESSO / PARTECIPAZIONE

5

### Elenco personale sotto la mia dipendenza

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA

**In fede,  
Luogo e data .....**

**Firma leggibile  
.....**

*In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di Informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.*