

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a

nato a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di

nato a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data ____ / ____ / ____

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Febbre >37,5° | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tosse | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Mal di testa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dolori muscolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Congestione nasale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Nausea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Vomito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Eventuale esposizione al contagio

| | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con familiari di casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Ulteriori dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre _____ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____