

Autocertificazione

Il / la sottoscritto/a (atleta) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

(in caso di atleta minorenne) rappresentato/a dal genitore / persona esercente potestà genitoriale

nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

dichiara quanto segue

Sono in possesso del certificato di idoneità agonistica / non agonistica con scadenza in data

____ / ____ / ____

| Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni | | | Eventuale esposizione al contagio | | |
|--|----|----|--|----|----|
| Febbre > 37,5 | Sì | No | Contatti con casi accertati Covid 19 (tampone positivo) | Sì | No |
| Tosse | Sì | No | Contatti con casi sospetti | Sì | No |
| Mal di gola | Sì | No | Contatti con familiari di casi sospetti | Sì | No |
| Mal di testa | Sì | No | Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | Sì | No |
| Dolori muscolari | Sì | No | Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | Sì | No |
| Congestione nasale | Sì | No | | | |
| Nausea | Sì | No | | | |
| Vomito | Sì | No | | | |
| Perdita di olfatto e gusto | Sì | No | | | |
| Congiuntivite | Sì | No | | | |
| Diarrea | Sì | No | | | |

Ulteriori dichiarazioni:

Il / la sottoscritto/a come sopra identificato e 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, attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre la società sportiva _____ ai sensi ed agli effetti del Regolamento base sulla protezione dei dati personali n. 2016/679 e della normativa nazionale vigente, al trattamento dei dati personali e delle categorie particolari di dati personali (dati sanitari e di salute) contenuti nel presente modulo.

Data ____ / ____ / ____

Firma: _____