

Autocertificazione

Il / la sottoscritto/a (atleta) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

(in caso di atleta minorenni) 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		Sì	No
Mal di gola	Sì	No		Sì	No
Mal di testa	Sì	No		Sì	No
Dolori muscolari	Sì	No		Sì	No
Congestione nasale	Sì	No		Sì	No
Nausea	Sì	No		Sì	No
Vomito	Sì	No	Contatti con familiari di casi sospetti	Sì	No
Perdita di olfatto e gusto	Sì	No		Sì	No
Congiuntivite	Sì	No	Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Sì	No
Diarrea	Sì	No		Sì	No
			Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	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: _____