

# 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

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