

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato/a a _____ il ____/____/____

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

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

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37.5°	SI	NO
Tosse	SI	NO
Stanchezza	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
dolori muscolari	SI	NO
congestione nasale	SI	NO
nausea	SI	NO
vomito	SI	NO
Perdita di olfatto e gusto	SI	NO
congiuntive	SI	NO
Diarrea	SI	NO

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

Ulteriori dichiarazioni

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la 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 prava di attività sportiva agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Autorizzo inoltre **AS Valli** al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____

Firma _____