

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 checked="" 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 checked="" 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: GLI OPERATORI SPORTIVI E GLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTA' SI IMPEGNANO A SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALI VARIAZIONI DI SALUTE **PROPRIE** O DEL MINORE E LA COMPARSA DI SINTOMI COMPATIBILI CON "COVID 19"

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 **LA SOCIETA' A.C. OSSONA ASD** al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 20 16/ 679 e della normativa nazionale vigente.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____