



MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ CF _____ nato/a a _____
() il ___/___/___ e residente in _____ alla Via _____,

(in caso di atleti minori), genitore di _____ CF _____ nato/a a _____ () il ___/___/___ e residente in _____ alla Via _____ n. __,

tesserato per la ASD/SSD _____

DICHIARA

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza ___/___/___

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni			Eventuale esposizione al contagio		
Febbre >37,5	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>	Contatti con casi accertati COVID19 (tampone positivo)	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>
Tosse	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>	Contatti con casi sospetti	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>
Stanchezza	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>	Contatti con familiari di casi sospetti	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>
Mal Di Gola	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>	Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>
Mal Di Testa	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>	Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	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"/>			

Ulteriori dichiarazioni

Il sottoscritto come sopra identificato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000) attesto che quanto dichiarato corrisponde al vero.
Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente.
In fede

Data: _____

Firma _____