



ALLEGATO A

A.S.D. POLISPORTIVA FULGOR LODIVECCHIO

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a

nato a _____ il / /

residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di

nato a _____ il / /

residente in _____ Tel. _____

DICHIARO QUANTO SEGUE:

essere in possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica, scadenza/...../.....

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37,5°C	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

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input 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 o CONTATTI con persone con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROVENIENZA da viaggi all'estero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FREQUENTAZIONE di ambienti sanitari con casi di COVID 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Altre notizie ritenute utili

Dichiaro inoltre di impegnarmi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, tra cui l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid 19.

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria 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 A.S.D. Polisportiva Fulgor Lodivecchio 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