

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente in _____ via _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente in _____ via _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

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

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

| | | |
|----------------------------|----|----|
| Febbre > 37.5°C | 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 |
| Congiuntivite | 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 |

Diagnosi accertata di SARS-CoV-2

| | | |
|-------------------------------|----|----|
| Caso positivo asintomatico | SI | NO |
| Caso positivo sintomatico | SI | NO |
| Caso positivo a lungo termine | SI | NO |

Ulteriori dichiarazioni nel caso di diagnosi accertata di SARS-CoV-2:

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 _____