

# 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 di idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

|                            |                             |                             |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Febbre > 37.5°             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Tosse                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Stanchezza                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Mal di gola                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Mal di testa               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dolori muscolari           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Congestione nasale         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Nausea                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Vomito                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Perdita di olfatto e gusto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Congiuntivite              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Diarrea                    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

### Eventuale esposizione di contagio

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTATTI con casi sospetti                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTATTI con familiari di casi sospetti                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Ulteriori dichiarazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a come sopra indicato identificato attesta 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 A.S.D. ZOGNESE 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 \_\_\_\_\_