



Modulo Autocertificazione

Il/la Sottoscritto/a:

Nato a:

Il ____/____/____

Residente in:

In caso di atleti minori: Genitore di

Nato a:

Il ____/____/____

Residente in:

Dichiaro quanto segue :

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

Sintomi Ricontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre >37,5°	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

Ulteriori dichiarazioni:

Il/la Sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la 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 gestita da Pol. Terre Matildiche S.C.S.D ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art.46 D.P.R. n.446/2000)

Autorizza inoltre Pol. Terre Matildiche S.C.S.D. 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 Leggibile: _____