

AUTODICHIARAZIONE COVID-19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore):

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Il _____

Residente in _____ Via e n. _____

Nella sua qualità di (*) _____

(*) specificare: es. Atleta Tecnico, Insegnante, Allenatore, Operatore, Collaboratore.

DICHIARA

Che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
<ul style="list-style-type: none">è stato in contatto con casi sospetti o ad alto rischio?		
<ul style="list-style-type: none">è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
<ul style="list-style-type: none">ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?		
<ul style="list-style-type: none">manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazione di gusto e olfatto).		

- Dichiara** di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a 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).

Autorizza inoltre _____ (indicare la denominazione dell'Associazione/Società Sportiva) al trattamento dei 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.

Luogo e data _____

Firma dell'atleta o del genitore/tutore legale per minorenni _____