



MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il /la sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____ via _____ nr. _____

in caso di atleti minori: genitore di _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____ via _____ nr. _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

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

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Eventuale esposizione al contagio

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--|-----------------------------|
| Febbre >37,5° | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | CONTATTI con casi accertati COVID 19 tampone positivo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tosse | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | CONTATTI con casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> |
| Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | CONTATTI con familiari di casi sospetti | | SI <input type="checkbox"/> |
| Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> |
| Mal di testa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | | SI <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"/> | | | |

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 AS.D. RITUAL BOXING CLUB (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 _____