



## MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
e residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)

In caso di atleti minori: Il sottoscritto genitore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ e residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)

### DICHIARO QUANTO SEGUE

Di essere in possesso del certificato idoneità sportiva sempre valido alla data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni		
Febbre >37,5	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <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 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"/>

Eventuali esposizioni al contagio		
<b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali ( no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	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 **ASD MALMANTILE** 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

\_\_\_\_\_