

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

### Sintomi riscontrati 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	
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponda 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 RUNNERS FOR AUTISM 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