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 ☐	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

a) Mi impegno a comunicare, ricompilando e riconsegnando il presente modulo, eventuali variazioni a quanto dichiarato ed a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da linee guida istituzionali che mi sono state fornite.

b) Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso l'impianto sportivo ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.

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 F.C. CASALE ASD *(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