

# 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 <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 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"/> |

### Eventuale esposizione 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

- in caso di soggetto che ha avuto diagnosi accertata di infezione Covid-19 -, dichiara di aver seguito i protocolli delle Autorità Sanitarie Competenti (vedi "Circolare Ministero della Salute del 12 ottobre 2020 COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena" e eventuali successivi aggiornamenti) e di aver ottenuto nuovamente l'idoneità all'attività agonistica per lo sport praticato dopo essere stato dichiarato guarito dal Covid-19.

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 \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_