



AUTOCERTIFICAZIONE – ATLETA



Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

Dichiaro quanto segue

In possesso del certificato di 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"/>
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"/>

Contatti con casi Accertati Covid 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatti con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatti con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Conviventi con febbre O sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatti 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 U.C. ARDOR ASD 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 _____



AUTOCERTIFICAZIONE – ATLETA



Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

Dichiaro quanto segue

In possesso del certificato di 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"/>
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"/>

Contatti con casi Accertati Covid 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatti con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatti con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Conviventi con febbre O sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatti 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 U.C. ARDOR ASD 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 _____