

a.s.d. DRAGO SPORT

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____/____/____

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato/a _____ il ____/____/____

e residente in _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportivo 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"/>

Per il prosieguo della Stagione 2020-21

DICHIARO sotto la mia responsabilità che quanto sopra indicato rimane confermato fino al variare di anche una delle condizioni sopra citate.

In caso di NON tempestiva comunicazione alla società, dell'eventuale cambiamento delle condizioni, ne assumo la totale e completa responsabilità.

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria 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 ed alla pratica di attività sportive (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre la a.s.d. Drago Sport 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