|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 15/10/2020

**Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni Eventuale esposizione al contagio**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**

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 JUNIOR CARPINE MAGIONE *(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

**20**