



TIBURGHIACCIO S.S.D.R.L.

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data ____/____/____

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 tamponi)	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tamponi)	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 TIBURGHIACCIO S.R.L. Sportiva Dilettantistica al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016679 e della normativa nazionale vigente.

Data ____/____/____

Firma _____