



## MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

(in caso di atleti minori), genitore di \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tesserato per la ASD/SSD \_\_\_\_\_

### DICHIARA

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 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

Contatti con casi accertati COVID19 (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 sottoscritto come sopra identificato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000) attesto che quanto dichiarato corrisponde al vero. Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente.  
In fede

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_