USD LAVAGNESE 1919
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 __ /__ /__

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

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 ☐

Eventuale esposizione al contagio

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 **la USD Lavagnese** 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 _____