



Modulo Autocertificazione per Atleti Staff Tecnico Dirigenti

Da Compilare e consegnare all'Operatore Sportivo di Categoria ogni 14gg Solari

Il/la Sottoscritto/a: _____

Nato a: _____ Il ____ / ____ / ____

Residente in: _____

In caso di atleti minori: Genitore di _____

Nato a: _____ Il ____ / ____ / ____

Residente in: _____

Dichiara quanto Segue

In possesso del certificato d'idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza Il ____ / ____ / ____

Sintomi Ricontrati negli ultimi 14 giorni

| | SI | NO |
|--------------------------|----|----|
| Febbre >37,5°C | | |
| Tosse | | |
| Stanchezza | | |
| Mal di Gola | | |
| Mal di Testa | | |
| Dolori Muscolari | | |
| Congestione Nasale | | |
| Nausea | | |
| Vomito | | |
| Perdita di olfatto/Gusto | | |
| Congiuntivite | | |
| Diarrea | | |

Eventuale Esposizione al Contagio

| | SI | NO |
|--|----|----|
| Contatti con casi accertati Covid19 (Tampone Positivo) | | |
| Contatti con casi sospetti | | |
| Contatti con Familiari di casi sospetti | | |
| Conviventi con febbre o sintomi influenzali (No Tamp) | | |
| Contatti con febbre e sintomi influenzali (No Tampone) | | |
| Ulteriori Dichiarazioni: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Il/la Sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la 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 gestita da Sporting FC ASD ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art.46 D.P.R. n.446/2000)

Autorizza inoltre SPORTING F.C. A.S.D. 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 Leggibile: _____