

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
(da consegnare alla Associazione o allo Staff Tecnico autorizzato)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

VISITA idoneità sportiva con certificazione rilasciata il _____ scadenza _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE

Ha avuto 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
Rinite	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO
Perdita dell'olfatto	SI	NO
Perdita del gusto	SI	NO

Ha avuto negli ultimi 14 giorni contatto stretto con un caso confermato di COVID 19?

SI NO

(Contatto stretto: stessa abitazione, stringere la mano, contatto diretto con secrezioni, contatto faccia a faccia oppure compresenza in ambiente chiuso per più di 15 minuti ad una distanza inferiore a due metri)

- Il/la sottoscritto/a come sopra identificato/a attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra indicato corrisponde al vero, consapevole delle 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
- Autorizzo la società A.S.D. Basket Olimpia Legnaia al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente

Data _____ firma _____

in caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà