



Società affiliata Atalanta



MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

e residente in _____

In caso di atleti minori genitore di: _____

nato/a a _____

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

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

Sintomi riscontrati negli ultimi 3 giorni			
FEBBRE >37.5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO
TOSSE	SI	<input type="checkbox"/>	NO
STANCHEZZA	SI	<input type="checkbox"/>	NO
MAL DI GOLA	SI	<input type="checkbox"/>	NO
MAL DI TESTA	SI	<input type="checkbox"/>	NO
DOLORI MUSCOLARI	SI	<input type="checkbox"/>	NO
CONGESTIONE NASALE	SI	<input type="checkbox"/>	NO
NAUSEA	SI	<input type="checkbox"/>	NO
VOMITO	SI	<input type="checkbox"/>	NO
PERDITA DI OLFATTO E GUSTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO
CONGIUNTIVITE	SI	<input type="checkbox"/>	NO
DIARREA	SI	<input type="checkbox"/>	NO

Eventuale esposizione al contagio			
CONTATTI con casi accertati COVID19 (tampone positivo)	SI	<input type="checkbox"/>	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	<input type="checkbox"/>	NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	<input type="checkbox"/>	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	<input type="checkbox"/>	NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	<input type="checkbox"/>	NO

Ulteriori dichiarazioni _____

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente auto dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quando 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 l'Associazione Sportiva Dilettantistica Athletic Pavia 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 _____