



## 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 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"/>

Diagnosi Accertata di SARS-CoV-2

CASO POSITIVO ASINTOMATICO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CASO POSITIVO SINTOMATICO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CASO POSITIVO A LUNGO TERMINE	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 nel caso di diagnosi accertata di SARS-CoV-2:

\_\_\_\_\_

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 la Società 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 \_\_\_\_\_