


ALLEGATO A
AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore):

| | | | |
|--|--|----------|--|
| Cognome | | Nome | |
| In caso di Genitore/tutore legale indicare il cognome e nome dell'atleta | | | |
| Nato/a | | il | |
| Residente in | | Via e n. | |
| Tel. | | E-mail | |
| Nella sua qualità di (*) | | | |

(*) specificare: es. Atleta Tecnico, Insegnante, Allenatore, Operatore, Collaboratore.

DICHIARA

che negli ultimi 14 giorni non è stato affetto da infezione Covid-19 e/o non è stato sottoposto a misure di isolamento fiduciario o quarantena e, inoltre:

| | SI | NO |
|---|----|----|
| • è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? | | |
| • è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio? | | |
| • ha avuto negli ultimi tre giorni sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)? | | |
| • manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto). | | |

Dichiara di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo ovvero prima di un evento/gara/manifestazione eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria 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).

Autorizza, inoltre _____ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva/Comitato/Organizzazione) al trattamento dei 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.

Luogo e data

Firma dell'atleta o del genitore/tutore legale per minorenni