



S.S. San Giovanni

AUTOCERTIFICAZIONE (tipo A) ATLETI E OPERATORI SPORTIVI

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ / _____ / _____
e residente in _____ via _____
In caso di atleti minori: genitore di _____
nato a _____ il _____
e residente in _____ via _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

in possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica / non agonistica con scadenza il _____

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni					Eventuale esposizione al contagio				
Febbre > 37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		CONTATTI con casi sospetti	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Stanchezza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CONTATTI con famigliari casi sospetti		SI	<input type="checkbox"/>	NO
Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		CONVIVENTE con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)		SI	<input type="checkbox"/>	NO
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	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"/>					

Ulteriori dichiarazioni : _____

- In caso di soggetto che ha avuto diagnosi accertata di infezione COVID-19 - dichiara di aver eseguito i protocolli delle Autorità sanitarie Competenti (vedi "Circolare Ministero della Salute del 12 ottobre 2020 COVID - 19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena" e eventuali successivi aggiornamenti) e di aver ottenuto nuovamente l'idoneità all'attività agonistica per lo sport praticato dopo essere stato dichiarato guarito dal COVID - 19

- Il / La sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto 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 ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art.46 D.P.R. n.445/2000)

-Autorizzo inoltre la S. S. SAN GIOVANNI ASD al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione del Reg. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data

Firma