



## MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

### DICHIARA QUANTO SEGUE

#### Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre oltre 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 gusto e 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"/>

#### Eventuale esposizione al contagio

Contatti con casi accertati COVID-19 (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"/>

Il sottoscritto 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Autorizzo inoltre ASD AT LEAGUE al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e dalla normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_