

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il sottoscritto:

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____

Cellulare _____

DICHIARA

Hai avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 negli ultimi 14 giorni?	si		no	
Sei stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?	si		no	
Sei stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?	si		no	
Sei stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?	si		no	
Hai avuto negli ultimi 10 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)?	si		no	
Manifesti attualmente 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)?	si		no	

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

Autorizza, inoltre gli addetti dell'associazione sportiva dilettantistica GRAVINA FESTINA LENTE! 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 _____

data ____ / ____ / ____

Firma dell'atleta

Atleti