

Modulo di Autodichiarazione Covid-19

ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e successivi

Il sottoscritto	
Nato a:	il:
Residente in via:	
Città:	Provincia:
documento: n°	
Rilasciato da:	in data :
<i>In caso di minorenne, lo stesso è rappresentato e accompagnato da:</i>	
Rapporto familiare: (<i>madre, padre etc</i>) :	
Nome e Cognome:	
Nato a:	il:
Residente in via: n°	
Città:	

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CONSAPEVOLE DELLA PERSEGUIBILITA' DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI

Ha avuto una diagnosi di Covid-19 confermata con tampone? SI NO

Negli ultimi 14 gg ha avuto i seguenti sintomi?

- Febbre > 37.5°C SI NO
- Tosse secca SI NO
- Affaticamento SI NO
- produzione di espettorato SI NO
- dispnea SI NO
- Mialgia o artralgia SI NO
- Mal di gola SI NO
- Mal di testa SI NO
- Vomito SI NO
- Diarrea SI NO
- Disgeusia (alter. del gusto) SI NO
- Anosmia (alter. dell'olfatto) SI NO
- ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare? SI NO
- è stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare? SI NO
- è attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19? SI NO
- ha effettuato viaggi internazionali? SI NO

Accede all'impianto come: Atleta Accompagnatore

Luogo e data

firma leggibile

Qualsiasi variazione a quanto dichiarato deve essere immediatamente comunicata alla società sportiva

Io sottoscritto/a come sopra identificato/a attesto 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 delle attività sportive.

Autorizzo la associazione sportiva MSE al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data

firma leggibile