

ALLEGATO A

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

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

COGNOME ----- NOME -----

NATO/A A ----- IL -----

RESIDENTE A -----

IN VIA/PIAZZA -----

IN QUALITA' DI -----

DICHIARA

Che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni è in buona salute? SI' NO

È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? SI' NO

È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?: SI' NO

È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti? SI' NO

Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)? SI' NO

Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)? SI' NO

Dichiara, altresì, di essere in possesso di certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica/non agonistica in corso di validità anche con riferimento ai protocolli di legge ed alle indicazioni della Federazione Medico Sportiva Italiana.

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione indicate nel D.P.R. 445/2000.

AUTORIZZA

(indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei dati particolari/sensibili relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

Luogo e Data Firma dell'atleta/genitore/tutor