

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a
 nato a il /..... /.....
 e residente in

In caso di minori: genitore di.....
 nato a il /..... /.....
 e residente in

DICHIARO QUANTO SEGUE

| 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"/> | | |
| Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | CONTATTI con casi sospetti | 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"/> | CONTATTI con familiari di casi sospetti | 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"/> | CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | 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"/> | CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Perdita di olfatto e gusto | 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

Il/la sottoscritto/a, come sopra identificato/a, attesto/a sotto la 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 l'ASSOCIAZIONE CULTURALE ARTISTICA al trattamento dei miei 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

DATA

FIRMA