

AUTOCERTIFICAZIONE ATLETA
ACCESSO ALL'IMPIANTO SPORTIVO

Il sottoscritto

Nome e Cognome

Data di Nascita

Codice fiscale

Attesta

Certificato di idoneità sportiva agonistica valido **SI** **NO**

Temperatura registrata all'ingresso inferiore a 37,5° **SI** **NO**

Ho avuto uno o più dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni **SI** **NO**

(Tosse, Spossatezza, Mal di Gola, Mal di Testa, Dolori muscolari, Congestione nasale, Nausea, Vomito, Perdita di olfatto e gusto, Congiuntivite)

Ho avuto una possibile esposizione al contagio attraverso uno dei casi elencati **SI** **NO**

(Contatti con: casi accertati di tampone positivo al COVID-19, casi sospetti, familiari di casi sospetti, conviventi con febbre o sintomi influenzali, ambienti sanitari con casi accertati o sospetti. Viaggio all'estero)

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

Ritengo utile comunicare altre notizie in merito al potenziale rischio di esposizione al COVID-19

.....
.....

- Il/la sottoscritto/a come sopra indicato attesta, sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al contagio all'interno dell'impianto sportivo ed alla pratica di attività sportive agonistiche,
- Autorizzo ASD Atletica Insieme al trattamento dei miei dati particolari relativi al mio stato di salute contenuti in questo modulo ed alla conservazione degli stessi ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data

Firma