

AUTOCERTIFICAZIONE ATLETA PER L'ACCESSO ALL'IMPIANTO SPORTIVO

Il sottoscritto 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

o *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, autorizza 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

AUTOCERTIFICAZIONE ATLETA PER L'ACCESSO ALL'IMPIANTO SPORTIVO

Il sottoscritto 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

o *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, autorizza 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

AUTOCERTIFICAZIONE ATLETA PER L'ACCESSO ALL'IMPIANTO SPORTIVO

Il sottoscritto 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

o *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, autorizza 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

AUTOCERTIFICAZIONE ATLETA PER L'ACCESSO ALL'IMPIANTO SPORTIVO

Il sottoscritto 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

o *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, autorizza 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