



**VEDANO TENNIS CLUB**

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

in caso di atleti minori : genitore di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

**DICHIARA QUANTO SEGUE :**

**SINTOMI RICONTRATI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI**

• FEBBRE > 37,5	SI	NO
• TOSSE	SI	NO
• STANCHEZZA	SI	NO
• MAL DI GOLA	SI	NO
• MAL DI TESTA	SI	NO
• DOLORI MUSCOLARI	SI	NO
• CONGESTIONE NASALE	SI	NO
• NAUSEA	SI	NO
• VOMITO	SI	NO
• PERDITA OLFATTO E GUSTO	SI	NO
• CONGIUNTIVITE	SI	NO
• DIARREA	SI	NO

**EVENTUALI ESPOSIZIONI AL CONTAGIO**

• <b>CONTATTI con casi accertati COVID 19 ( tampone positivo )</b>	SI	NO
• <b>CONTATTI con casi sospetti</b>	SI	NO
• <b>CONTATTI con familiari di casi sospetti</b>	SI	NO
• <b>CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)</b>	SI	NO
• <b>CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)</b>	SI	NO

ULTERIORI DICHIARAZIONI \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato 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 rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportiva agonistica.

Autorizzo inoltre l'ASD TENNIS CLUB VILLASANTA 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 alla normativa nazionale vigente.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_