

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 RISCOINTRATI 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

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