

AUTOCERTIFICAZIONE ASD BASKET CLUB ARLUNESE - AREAMEDICA22

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____

il / /

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato a _____

il / /

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data

_____/_____/_____

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 o vomito SI NO
- Perdita di olfatto e gusto SI NO
- Congiuntivite SI NO
- Diarrea SI NO
- Comparsa di puntini rosso sul corpo SI NO
- Arrossamento della base delle unghie delle dita SI NO

EVENTUALE ESPOSIZIONE 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 (no tampone) SI NO
- Contatti con febbre o sintomi (no tampone) SI NO
- E' rientrato a partire dal 13 agosto (o ha soggiornato nei 14 giorni precedenti) dai paesi in obbligo di tampone naso-faringeo per la ricerca di Sars-CoV-2? (es Croazia, Grecia, Malta o Spagna)? SI NO
- Se SI ha già effettuato il tampone? SI NO

ULTERIORI DICHIARAZIONI: _____

La presente autocertificazione viene redatta all'inizio della settimana, e ha **VALIDITÀ DI 14 GIORNI**, qualora durante questo periodo dovessero modificarsi anche solo una delle risposte sopra riportate è necessario comunicare prontamente la variazione alla società sportiva e/o al medico incaricato dott.ssa Barbara Gottardi di Areamedica22.

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 ASD BASKET CLUB ARLUNESE E AREAMEDICA22 srl 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 _____