



MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ CF _____
nato/a a _____ () il ___/___/___ e residente in _____ alla
via _____

(in caso si atleti minori)

Genitore di _____ CF _____
nato/a a _____ () il ___/___/___ e residente in _____ alla
via _____

tesserato per la ASD/SSD _____

DICHIARA

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre >37,5	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stanchezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal Di Gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal Di Testa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolori Muscolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congestione Nasale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nausea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Perdita di olfatto e gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Eventuale esposizione al contagio

Contatti con casi accertati COVID19 (tampone positivo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatti con casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatti con familiari di casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Ulteriori dichiarazioni

Il sottoscritto come sopra identificato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000) attesto che quanto dichiarato corrisponde al vero. Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente.
In fede

Data: _____ Firma _____

