

AUTOCERTIFICAZIONE _____ -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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Tosse | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Mal di testa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Dolori muscolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Congestione nasale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Nausea o vomito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Comparsa di puntini rosso sul corpo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Arrossamento della base delle unghie delle dita | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Contatti con casi accertati covid-19 (tampone positivo) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Contatti con casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Contatti con familiari di casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Conviventi con febbre o sintomi (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Contatti con febbre o sintomi (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • 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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Se SI ha già effettuato il tampone? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

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 _____ 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 _____