



MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

il ___/___/___ e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre >37,5°	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tosse	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Stanchezza	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal di gola	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal di testa	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nausea	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Vomito	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONTATTI con casi sospetti	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONTATTI con familiari di casi sospetti	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONVIVENTI con febbre a sintomi influenzali (no tampone)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Ulteriori dichiarazioni

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 Società Sportiva Arezzo S.r.l 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 _____