



## 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

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