*Atleti*

# AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il sottoscritto:

*Cognome*

*Nome*

*Nato a il*

*Residente a in*

# DICHIARA

* che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?
 | **SI** | **NO** |
| * è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?
 | **SI** | **NO** |
| * è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?
 | **SI** | **NO** |

* ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficolta respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)? **SI NO**
* manifesta attualmente sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficolta respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto). **SI NO**

Il sottoscritto attesta sotto la propria 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).

Autorizza, inoltre ASD QUEI BRUCIATI DEI CASTELLI BRUCIATI. al trattamento dei 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.

Luogo e data ……………………………………

Firma dell’atleta ……………………………………