

# I L C I G N O S S D s r l V a l s a m o g g i a B o

## AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore):

|                          |  |          |  |
|--------------------------|--|----------|--|
| Cognome                  |  | Nome     |  |
| Nato/a                   |  | il       |  |
| Residente in             |  | Via e n. |  |
| Nella sua qualità di (*) |  |          |  |

(\*) specificare : es. Atleta Tecnico, Insegnante, Allenatore, Operatore, Collaboratore.

### DICHIARA

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

|  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 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, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- **Dichiara** di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a 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 IL CIGNO SSD srl (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) 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 o del genitore/tutore legale per minorenni

.....