

POLISPORTIVA CARIGNANO A.S.D.

Sede Sociale Via Roma 26, 10041 Carignano (To)
Tel. 011.9692135 Fax 011.9713387 - P.IVA 07318980013 C.F. 94008310016

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE ( TRIAGE )

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a.....il ...../...../.....

e residente in ..... Via ..... N. ....

Recapito telefonico .....

In caso di ATLETI MINORI : genitore di .....

DICHIARA QUANTO SEGUE

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica in data...../...../.....

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Table with 3 columns: Symptom, SI, NO. Rows include: Febbre > 37,5°, Tosse, Stanchezza, Mal di gola, Mal di testa, Dolore muscolari, Congestione nasale, Nausea, Vomito, Perdita di olfatto e gusto, Congiuntivite, Diarrea.

Eventuale esposizione al contagio

Table with 3 columns: Exposure description, SI, NO. Rows include: Ha effettuato viaggi in aree a rischio?, CONTATTI Con casi accertati COVID 19, CONTATTI Con casi sospetti, CONTATTI Con familiari di casi sospetti, CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali, CONTATTI con febbre o sintomi influenzali.

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 la POLISPORTIVA CARIGNANO ASD 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.....