

# AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ATTIVITA' SPORTIVA DI BASE E L'ATTIVITA' MOTORIA

Asd Alele's company

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Genitore/Tutore del/la minore:**

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Il: \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il minore non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere attualmente con sintomi compatibili al COVID-19
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna e delle norme che saranno adottate circa l'utilizzo dei DPI, del distanziamento sociale e di tutte le altre indicazioni previste.
- di aver verificato, prima di partire dalla propria abitazione che la temperatura corporea del minore non sia stata superiore a 37,3 gradi e che, nel caso fosse stata superiore, non si sarebbe recato presso la struttura.
- che il minore è in stato di buona salute e che negli ultimi 14 giorni non ha manifestato nessuno dei sintomi di seguito indicati:

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| ▪ Tosse                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Stanchezza                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Mal di gola                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Mal di testa               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Dolori muscolari           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Congestione nasale         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Nausea                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Vomito                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Congiuntivite              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Diarrea                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al covid-19

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Io 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 (Art.46 D.P.R. n. 445/2000). Autorizzo, inoltre l'Associazione/Società Sportiva al trattamento dei dati principali relativi allo stato di salute del minore, contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi dei Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_