

# 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. \_\_\_\_\_

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

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere 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 ed adottare le norme 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 propria temperatura corporea non sia stata superiore a 37,3 gradi e che, nel caso fosse stata superiore, non si sarebbe recato presso la struttura.
- di essere in buona salute e di non aver avuto negli ultimi 14 giorni 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 miei dati principali 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 \_\_\_\_\_