

**AUTOCERTIFICAZIONE \_\_\_\_\_ -AREAMEDICA22**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il / / \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

In caso di atleti minori: genitore di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il / / \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

**DICHIARO QUANTO SEGUE**

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**SINTOMI RICONTRATI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Febbre > 37.5                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • 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 o 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"/> |
| • Comparsa di puntini rosso sul corpo             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Arrossamento della base delle unghie delle dita | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

**EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Contatti con casi accertati covid-19 (tampone positivo) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Contatti con casi sospetti                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Contatti con familiari di casi sospetti                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Conviventi con febbre o sintomi (no tampone)            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Contatti con febbre o sintomi (no tampone)              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

ULTERIORI DICHIARAZIONI: \_\_\_\_\_

La presente autocertificazione viene redatta all'inizio della settimana, qualora, durante la settimana stessa, dovessero modificarsi anche solo una delle risposte sopra riportate è necessario comunicare prontamente la variazione alla società sportiva e/o al medico incaricato dott.ssa Barbara Gottardi di Areamedica22.

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 \_\_\_\_\_ E AREAMEDICA22 srl 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 \_\_\_\_\_