



Società Cooperativa Sportiva Dilettantistica **ATLETICA CASTELLO S.p.a.**

Modello Autocertificazione

il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/___
a _____ (___), residente in _____ Via _____
_____ n. _____ telefono _____ (in caso di minore, genitore di _____
nato il ___/___/___ a _____ (___) residente in _____ via _____
_____ n. _____)

DICHIARA QUANTO SEGUE

di essere in possesso di certificato di idoneità sportiva, agonistica/non agonistica con scadenza in data _____

Sintomi riscontrati 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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdita 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"/>

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati di 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 influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no Tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Ulteriori dichiarazioni _____

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato, attesto/a sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica dell'attività sportiva agonistica (art.46 D.P.R. n. 445/445/2000).

Autorizzo inoltre la Società Atletica Castello 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 vigente.

Firenze _____

Firma _____

Sede: Via R. Giuliani, 518 - 50141 - tel. 055 453633

Palestra Cadorna Via del Pontormo 88 - 50141 - Firenze

mail-atleticacastello.coop@pec.it