



F.C.D. Enotria 1908

COVID-19

Data : 26.05.21
Versione 3.0

Pag. 1 di 1

AUTOCERTIFICAZIONE OPERATORI SPORTIVI

Il/la sottoscritto/a

nato a _____ il _____ / _____ / _____

e residente in _____ via _____

In caso di **MINORI**: genitore di

nato a _____ il _____ / _____ / _____

e residente in _____ via _____

DICHIARA QUANTO SEGUE:

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica in scadenza il _____ / _____ / _____

SINTOMI RISCONTRATI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

Febbre > 37.5°C	SI	NO
Tosse	SI	NO
Stanchezza	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Dolori Muscolari	SI	NO
Congestione Nasale	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vomito	SI	NO
Perdita di olfatto e gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO

EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

Diagnosi accertata di SARS-CoV-2 SI NO

SE SI INDICARE QUALE

- Caso positivo sintomatico
- Caso positivo asintomatico
- Caso positivo a lungo termine

Ulteriori dichiarazioni nel caso di diagnosi accertata di SARS-CoV-2:

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).

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato **si impegna** a dare immediata comunicazione comunque scritta, qualora successivamente al rilascio della presente autocertificazione si verificasse anche solo una delle condizioni sopra indicate o, in mancanza, a non presentarsi presso la struttura sportiva per tutto il periodo necessario a ripristinare le proprie condizioni fisiche idonee ad evitare ogni pericolo di infezione o contagio.

Autorizzo inoltre F.C.D. ENOTRIA 1908 SSDARL 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 _____