



SCUOLA
CALCIO ÉLITE
SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

IL SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

VIA _____

MAIL _____

GENITORE DI _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

Dichiara quanto segue (In possesso del certificato di idoneità sportiva non agonistica con scadenza in data _____)

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre superiore a 37,5°	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Tosse	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Stanchezza	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Mal di gola	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Mal di testa	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Dolori muscolari	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Congestione nasale	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Nausea	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Vomito	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Perdita di olfatto e gusto	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Congiuntivite	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Diarrea	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Eventuale esposizione al contagio

Contatti con casi accertati di COVID-19 (Tampone positivo)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Contatti con casi sospetti	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Contatti con familiari di casi sospetti	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Conviventi con febbre o sintomi influenzali	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Contatti con febbre o sintomi influenzali (No tampone)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Ulteriori dichiarazioni _____

Il/La sottoscritta come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto 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 BOCAR JUNIORS S.S.D. a R.L. al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi Reg. Eu. 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____ Firma _____