



## AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore):

COGNOME		NOME	
NATO/A A		IL	
RESIDENTE A:		IN VIA/PZ	
IN QUALITA' DI:			

### DICHIARA

**Che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19  
e che negli ultimi 14 giorni:**

	SI'	NO
È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?		
Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?		

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

### AUTORIZZA

\_\_\_\_\_ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva)  
al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

Luogo e Data

Firma dell'atleta/genitore/tutore

\_\_\_\_\_