

a.s.d. Amrita

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a

cognome		nome	
nato a		il	
residente in		via e n°	
nella sua qualità di*			

(*) specificare ruolo: es. Atleta, Tecnico, Insegnante, Allenatore, Operatore, Collaboratore.

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 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?		
manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).		

Dichiara di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Dichiara inoltre di aver preso visione dell'allegato 4 del DPCM 10/4/2020.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione ai rischi di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 4 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizza, inoltre l'associazione sportiva dilettantistica Amrita al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla loro conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

_____, ____/____/____
Luogo Data

.....
FIRMA