



A.S.D. CAVARZANO OLTRARDO

Sede e campo sportivo: via A. di Foro - 32100 BELLUNO

Matricola FIGC:918754 C.F: 80004780252 - P.I: 00293930251- codice destinatario KRRH6B9

tel.: 3357882481 Fax:043727471 - Iscr CONI: 47529 - Iscr AICS: 111438

www.cavarzanocalcio.it Email: segreteria@cavarzanocalcio.it PEC: asd-cavarzano-oltrardo@pec.it

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il / / _____

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato/a a _____ il / / _____

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data ___/___/_____

SINTOMI RICONTRATI NEGLI ULTIMI 10 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 DI 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 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"/>

EFFETTUATO TAMPONE POSITIVO IN DATA : _____

EFFETTUATO TAMPONE NEGATIVO IN DATA : _____

NEGATIVIZZATO DOPO 21 GIORNI : SI _____ NO _____

Ulteriori dichiarazioni : _____

- in caso di soggetto che ha avuto diagnosi accertata di infezione Covid-19 -, dichiara di aver seguito i protocolli delle Autorità Sanitarie Competenti (vedi "Circolare Ministero della Salute del 12 ottobre 2020 COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena" e eventuali successivi aggiornamenti) e di aver ottenuto nuovamente l'idoneità all'attività agonistica per lo sport praticato dopo essere stato dichiarato guarito dal Covid-19.

Il/la sottoscritto/a si impegna a non recarsi nei luoghi di allenamento in caso di insorgenza dei sintomi sopra riportati; a segnalare tempestivamente alla società, anche durante l'allenamento, il proprio stato di malessere, consapevole di non poter rimanere negli ambienti condivisi e di poter essere allontanato e di rimanere almeno 72 ore fuori dagli allenamenti per precauzione e tenere informata la società del proprio stato di salute.

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).

Autorizza inoltre la società A.S.D. CAVARZANO OLTRARDO 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 _____