

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a - I genitori dell'allievo minorenni

Dati dell'allievo:		età (anni)	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	Codice fiscale	<input type="text"/>

DICHIARA/DICHIARONO QUANTO SEGUE

di essere in possesso del certificato di idoneità sportiva
agonistica non agonistica con scadenza in data _____

Sintomi riscontrati negli ultimi 30 giorni

Febbre >37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dispnea	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"/>

Ulteriori dichiarazioni: _____

Il/la sottoscritto/a oppure i genitori del minorenni attesta/attestano che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole/i delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio nello svolgimento dell'attività sportiva (art. 46 D.P.R. n. 445/2000);

- dichiara/dichiarano di essere stato/a/i informato/a/i e di aver preso visione delle misure adottate per il contenimento del rischio di contagio;
- si impegna/si impegnano a rispettare tutte le misure idonee alla riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie previste, delle quali è/sono a conoscenza.
- si impegna/si impegnano altresì a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da COVID-19;
- autorizzo/autorizzano **I'A.S.D. OLYMPIC TAEKWONDO BOLZANO** al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla loro conservazione ai sensi del Regolamento dell'U.E. n. 679/2016 e della normativa nazionale vigente.

l'allievo maggiorenne:	<input type="text"/>
	<i>cognome e nome</i>
<input type="text"/>	-----
<i>data</i>	<i>firma</i>

Dati dei genitori /del tutore:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>MADRE: cognome e nome</i>	<i>PADRE: cognome e nome</i>
Data <input type="text"/>	Data <input type="text"/>
-----	-----
<i>firma</i>	<i>firma</i>