

**MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_,

**(in caso di atleti minori)**, genitore di \_\_\_\_\_  
 CF \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tesserato per la ASD/SSD **VALORUGBY EMILIA SSD A RL**

**DICHIARA**

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Sintomi riscontrati negli ultimi 14 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 COVID19 (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 sottoscritto come sopra identificato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000) attesto che quanto dichiarato corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente.

In fede

**Data:** Reggio Emilia , / /

**Firma** \_\_\_\_\_