**AUTODICHIARAZIONE COVID 19**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Cognome* |  | *Nome* |  |
| *In caso di Genitore/tutore legale indicare il cognome e nome dell’atleta* |  |
| *Nato/a* |  | *il* |  |
| *Residente in* |  | *Via e n.* |  |
| *Tel.* |  | *E-mail* |  |
| *Nella sua qualità di (\*)* |  |

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

DICHIARA

che negli ultimi 14 giorni non è stato affetto da infezione Covid-19 e/o non è stato sottoposto a misure di isolamento fiduciario o quarantena e, inoltre:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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?
 |  |  |
| * ha avuto negli ultimi tre giorni 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 ovvero prima di un evento/ gara/manifestazione 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.

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 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 (*indicare la denominazione dell’associazione/società sportiva/Comitato/Organizzazione*) al trattamento dei 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.

Luogo e data …………………………………… Firma dell’atleta o del genitore/tutore legale per minorenni

…………………………………………………..….