


**ALLEGATO A**
**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 non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, 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