

# MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
In caso di minori: genitore di \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_ Classe e sezione \_\_\_\_\_

## DICHIARO QUANTO SEGUE

### Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37.5° C	SI	NO
Tosse	SI	NO
Stanchezza	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Dolori Muscolari	SI	NO
Congestione Nasale	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vomito	SI	NO
Perdita di olfatto e gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO

### Eventuale esposizione al contagio

<b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	NO
<b>CONTATTI</b> con casi sospetti	SI	NO
<b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti	SI	NO
<b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
<b>CONTATTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

### Diagnosi accertata di SARS-CoV-2

Caso positivo asintomatico	SI	NO
Caso positivo sintomatico	SI	NO
Caso positivo a lungo termine	SI	NO

### Ulteriori dichiarazioni nel caso di diagnosi accertata di SARS-CoV-2:

Ulteriori dichiarazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre **A.S.D.C. Essetre Olympic Roma** (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) 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 \_\_\_\_\_