

Modulo di Autodichiarazione COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____
CF _____
nato/a a _____ (___) il ___/___/___
residente in _____ Via _____ n. _____

in caso di minore, genitore
di _____
CF _____
nato/a a _____ (___) il ___/___/___
residente in _____ Via _____ n. _____
tesserato per la _____



DICHIARA

| 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 indicato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non vere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000) attesta che quanto dichiarato corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente e di obbligarsi ad informare immediatamente la ASD/SSD qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicate.

In fede

Data: _____ Firma _____