**Modello di Autocertificazione**

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO QUANTO SEGUE**

Sono in possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica in scadenza in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sono in possesso del Green Pass : |\_|vaccinato (2 dosi), |\_| vaccinato (1 dose), |\_| guarito

Scadenza Green Pass \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|\_| Non sono vaccinato :

**Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni** **Eventuale esposizione al contagio**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Febbre >37.5° C | SI | NO |  | **CONTATTI** con casi accertati  COVID 19 (tampone positivo) | SI | NO |
| Tosse | SI | NO |  | **CONTATTI** con casi sospetti | SI | NO |
| Stanchezza | SI | NO |  | **CONTATTI** con con familiari  casi sospetti | SI | NO |
| Mal di gola | SI | NO |  | **CONVIVENTI** con febbre o  Sintomi influenzali (no tampone) | SI | NO |
| Mal di testa | SI | NO |  | **CONTATTI** con febbre o sintomi  influenzali (no tampone) | 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 |  |  |  |  |

**Diagnosi accertata di SARS-CoV-2** **Ulteriori dichiarazioni nel caso di 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a come come sopra indicato 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)

Autorizzo inoltre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il nome della 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_