

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ CF _____ nato/a a _____
 _____ () il ___/___/___ e residente in _____ alla Via _____,

(in caso di atleti minori), genitore di _____
 CF _____ nato/a a _____ () il ___/___/___ e residente in _____
 _____ alla Via _____ n. __,

tesserato per la ASD/SSD **OLEGGIO RUGBY ASD** _____

DICHIARA

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza ___/___/___

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"/>
Convivenza 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 identificato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000) attesto che quanto dichiarato corrisponde al vero. Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente.
 In fede

Data: _____

Firma _____

OLEGGIO RUGBY "RAPTOR'S"

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
 sede legale in Via Santa Maria, 8
 28047 Oleggio (NO)
 COD.FISC. 94077920034 / P.IVA 02549220032

contatti

e-mail oleggiorgbyraptors@gmail.com
 sito www.oleggiorgbyraptors.it
 facebook Oleggio RUGBY Raptors