



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 _____ () il _____
e residente in _____ alla via _____ n. _____

tesserato per la ASD **RUGBY RIVIERA 1975**

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"/>
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 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 _____