

# AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA DI BASE E L'ATTIVITÀ MOTORIA

Asd/Ssd .....

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

## Genitore/Tutore del/la minore:

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Il: \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni  
mendaci a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il minore non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere attualmente con sintomi compatibili al COVID-19
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna e delle norme che saranno adottate circa l'utilizzo dei DPI, del distanziamento sociale e di tutte le altre indicazioni previste.
- di aver verificato, prima di partire dalla propria abitazione che la temperatura corporea del minore non sia stata superiore a 37,3 gradi e che, nel caso fosse stata superiore, non si sarebbe recato presso la struttura.
- che il minore è in stato di buona salute e che negli ultimi 14 giorni non ha manifestato nessuno dei sintomi di seguito indicati:

- |                              |    |                          |    |                          |
|------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ▪ 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"/> |

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al covid-19

---



---



---

Io 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 sportiva ed alla pratica di attività sportive (Art.46 D.P.R. n. 445/2000). Autorizzo, inoltre l'Associazione/Società Sportiva al trattamento dei dati principali relativi allo stato di salute del minore, contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi dei Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Il presente documento è composto da due pagine

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_