



AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore):

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

DICHIARA

Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni (barrare la risposta):

- È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? **SI** **NO**
- È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio? **SI** **NO**
- È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti? **SI** **NO**
- Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore ai 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto o olfatto)? **SI** **NO**
- Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore ai 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto o olfatto)? **SI** **NO**

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

AUTORIZZA

SOCIETA' CICLISTICA VILAFRANCA (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

Luogo e Data

Firma del partecipante

