

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

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

In caso di atleti minori: genitore di \_\_\_\_\_

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

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

## DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica in scadenza in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37.5°C	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Tosse	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Stanchezza	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Mal di gola	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Mal di testa	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Dolori Muscolari	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Congestione Nasale	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Nausea	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Vomito	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Diarrea	SI	<input checked="" type="checkbox"/>

### Eventuale esposizione al contagio

<b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con casi sospetti	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>CONTATTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>

### Diagnosi accertata di SARS-CoV-2

Caso positivo asintomatico	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Caso positivo sintomatico	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Caso positivo a lungo termine	SI	<input checked="" type="checkbox"/>

### Ulteriori dichiarazioni nel caso di diagnosi accertata di SARS-CoV-2:

\_\_\_\_\_

**Ulteriori Dichiarazioni** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la 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 agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre \_\_\_\_\_ **A.S.D. c7vicenza** \_\_\_\_\_ (indicare la denominazione dell'associazione/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 \_\_\_\_\_