



AUTOCERTIFICAZIONE COVID 19 – PROTOCOLLO F.I.G.C.

Il sottoscritto/a (dati genitore se tesserato minorenni)

Nato/a a

II

e residente a

Indirizzo

Recapito telefonico

Genitore o esercitante la patria potestà del tesserato (nome cognome tesserato)

I DATI SULLO STATO DI SALUTE DI SEGUITO RIPORTATI SONO RIFERITI AL TESSERATO

DICHIARA QUANTO SEGUE (barrare)

Sintomi riscontrati ultimi 14 giorni

Febbre > 37,5°	SI	NO
Tosse	SI	NO
Stanchezza	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Dolori muscolari	SI	NO
Congestione nasale	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vomito	SI	NO
Perdita olfatto e gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO

Esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (Tampone positivo)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (NO TAMPONE)	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (NO TAMPONE)	SI	NO
Ulteriori dichiarazioni		

DICHIARO INOLTRE DI DOVER COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE ALLA ASD USO UNITED NEI 13 GIORNI (TREDICI) SUCCESSIVI ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE EVENTUALI VARIAZIONI A QUANTO IN PRECEDENZA COMUNICATO.

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 Autorizzo inoltre USO UNITED ASD 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