



NOME E COGNOME ATLETA/COLLABORATORE

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI PRIVACY

AUTOCERTIFICAZIONE COVID_19

(attestazione di assenza da SARS_COV2 e di rischi di contagio per quanto di propria conoscenza)

AUTODICHIARAZIONE STATO SALUTE E INFORMATIVA – AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO

ANAMNESI COVID_19: SI ATTESTA

DI **NON AVER AVUTO** DIAGNOSI ACCERTATA DI INFEZIONE DA COVID_19 NELL'**ULTIMA SETTIMANA**

DI **NON AVERE IN ATTO E NON AVERE AVUTO** SINTOMI RIFERIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID_19 (tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, stanchezza, mal di gola, mal di testa, diarrea, dolori muscolari, nausea, vomito perdita di olfatto e gusto) NELL' **ULTIMA SETTIMANA**

DI **NON AVER AVUTO** CONTATTI STRETTI (stessa abitazione, stringere la mano, contatto diretto con secrezioni, contatto faccia a faccia oppure compresenza in ambiente chiuso per piu' di 15 minuti ad una distanza INFERIORE A 2 METRI, assistenza sanitaria senza DPI, viaggio aereo a distanza minore o uguale a due posti)) NELL' **ULTIMA SETTIMANA** CON PERSONE A CUI E' STATO DIAGNOSTICATO IL COVID_19

AUTOCERTIFICAZIONE: QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

CERTIFICATO MEDICO: DICHIARO

DI **ESSERE IN POSSESSO DI** CERTIFICATO MEDICO NON AGONISTICO IN CORSO DI VALIDITA'

SOLO PER OPEN DAY/PROVE GRATUITE: DI **NON ESSERE IN POSSESSO DI CERTIFICATO MEDICO NON AGONISTICO** CERTIFICO CHE L'ATLETA E' IN BUONA SALUTE PSICO-FISICA, DI NON PRESENTARE CONTROINDICAZIONI ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA E DI VOLER SOLLEVARE LA ASD PROMOSPORT DA OGNI RESPONSABILITA' E CONSEGUENZA DERIVANTE DA MALORI E/O INFORTUNI IMPUTABILI ALLA NON IDONEA CONDIZIONE FISICA.

Io sottoscritto/a collaboratore/genitore dell'atleta come sopra identificato/a ATTESTO sotto la 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.

Autorizzo ASD PROMOSPORT 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, _____

Il genitore dell'atleta (SE MINORE)/Il collaboratore _____

(firma)