



# III° TROFEO CICLOCROSS MTB CASENTINO

## AUTODICHIARAZIONE COVID 19

### SCHEDA DA COMPILARE E CONSEGNARE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

NELLA QUALITA' DI ATLETA DEL TEAM \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

### DICHIARA

CHE NON HA AVUTO DIAGNOSI ACCERTATA DI INFEZIONE DA COVID-19 E CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI, INOLTRE:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| • E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON PERSONE AFFETTE DA COVID-19?  | SI | NO |
| • E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO?  | SI | NO |
| • E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI?   | SI | NO |
| • HA AVUTO NELLE ULTIME SETTIMANE SINTOMI RIFERIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID-19 (TRA I QUALI TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5°C , TOSSE, STANCHEZZA, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, DOLORI MUSCOLARI, DIARREA, ALTERAZIONI DI GUSTO E OLFATTO)? | SI | NO |
| • MANIFESTA ATTUALMENTE SINTOMI RIFERIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID-19 (TRA I QUALI TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5°C, TOSSE, STANCHEZZA, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, DOLORI MUSCOLARI, DIARREA, ALTERAZIONI DI GUSTO E OLFATTO).            | SI | NO |

DICHIARA DI IMPEGNARSI A COMUNICARE PRIMA DI OGNI INGRESSO NEL SITO SPORTIVO EVENTUALI VARIAZIONI DI QUANTO SOPRA DICHIARATO, COMPRESO L'INSORGENZA DI SINTOMI RIFERIBILI

ALL'INFEZIONE DA COVID-19, TRA I QUALI TEMPERATURA CORPOREA (CHE ANDRA' PREVENTIVAMENTE RILEVATA) SUPERIORE A 37,5°C, TOSSE, STANCHEZZA, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA, DOLORI MUSCOLARI, DIARREA, ALTERAZIONI DI GUSTO E OLFATTO.

**IL /LA SOTTOSCRITTO/A ATTESTA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' 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 ATTIVITA' SPORTIVE AGONISTICHE (ART. 46 D.P.R. n.445/2000).**

AUTORIZZA, INOLTRE LA SOCIETA' ORGANIZZATRICE AL TRATTAMENTO DEI 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.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_