



Denominazione Società Sportiva: **A.S.D. Laurenziana Basket**

AUTOCERTIFICAZIONE PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI

Il / La Sottoscritto / a _____

Nato / a _____ Provincia _____

Residente a _____ Provincia _____

in via _____ CAP _____

VISITA IDONEITA' SPORTIVA con certificato rilasciato il _____ SCADENZA _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi:

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

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

	SI	NO
CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)		
CONTATTI con casi sospetti		
CONTATTI con familiari di casi sospetti		
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)		
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)		
Proviene da un VIAGGIO ALL'ESTERO		
FREQUENTAZIONE AMBIENTI FAMILIARI con casi accertati / sospetti		

Se sì dove: IN PROVINCIA IN REGIONE IN ITALIA ESTERO

Altre notizie che ritiene necessario evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al Covid-19

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.

Autorizzo l'ASD Laurenziana Basket al trattamento dei miei dati personali 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** _____