



# G.S.D. REGINA MARGHERITA

Via Villini A. Negrone 1c 16157 Genova-Prà

C.F. 95000790105 Tel. 010 663733

ALLEGATO A

## AUTODICHIARAZIONE COVID 19

*Per i minori di età – dati di chi ne ha la legale rappresentanza*

Io sottoscritto/a: (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ (genitore/tutore legale in caso di minore)

Dati dell'Atleta/Tecnico/Collaboratore/Dirigente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via e n. \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di (\*) \_\_\_\_\_

(\*) specificare: es. Atleta/Tecnico/Collaboratore/Dirigente

### DICHIARA

di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ● è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria 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). Autorizza, inoltre l'Associazione Sportiva Dilettantistica G.S.D. Regina Margherita 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 dell'atleta o del genitore/tutore legale per minorenni

\_\_\_\_\_