

## AUTOCERTIFICAZIONE MAGGIORENNI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARA QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni:

FEBBRE >37,5 – TOSSE – STANCHEZZA – MAL DI GOLA – MAL DI TESTA – DOLORI MUSCOLARI –  
CONGESTIONE NASALE – NAUSEA – VOMITO – PERDITA OLFATTO E GUSTO – CONGIUNTIVITE –  
DIARREA

SI  (Barrare quali sintomi eventuali) NO

EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO:

CONTATTI con casi accertati di Covid 19 (tampone positivo)  SI  NO

CONTATTI con casi sospetti o familiari di casi sospetti  SI  NO

CONVIVENTI O CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI  NO

Il sottoscritto come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto 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 (art. 46 D.P.R. 445/2000)

Autorizzo inoltre MA.PE. snc 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORA PRENOTAZIONE \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni:

FEBBRE >37,5 – TOSSE – STANCHEZZA – MAL DI GOLA – MAL DI TESTA – DOLORI MUSCOLARI –  
CONGESTIONE NASALE – NAUSEA – VOMITO – PERDITA OLFATTO E GUSTO – CONGIUNTIVITE – DIARREA

SI  (Barrare quali sintomi eventuali) NO

EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO:

CONTATTI con casi accertati di Covid 19 (tampone positivo) SI  NO

CONTATTI con casi sospetti o familiari di casi sospetti SI  NO

CONVIVENTI O CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI  NO

Il sottoscritto come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto 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 (art. 46 D.P.R. 445/2000)

Autorizzo inoltre MA.PE. snc 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 \_\_\_\_\_