

AUTOCERTIFICAZIONE MINORENNI

Il sottoscritto _____

Tel. _____

GENITORE DI _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati dal proprio figlio 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) e AUTORIZZA il proprio figlio a partecipare all'attività sportiva.

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 _____