

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a

nato a

il / /

e residente in

Via / Piazza

DICHIARO QUANTO SEGUE

1 - **NON** ha avuto sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associati o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA

2 - **NON** ha soggiornato, anche solo temporaneamente, in aree con presunta trasmissione comunitaria (diffusa o locale)

3 - **NON** è venuto a contatto con persone sospette per COVID 19 o positive al SARS-CoV-2 o comunque, anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto al loro volta esser venuti in contatto con casi sospetti o accertati di COVID-19

4 - **NON** è attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per COVID-19

5 - **NON** è risultato **POSITIVO** al tampone per la ricerca del virus SARS-CoV-2

6 - **NON** aver contratto il COVID-19

AVERE contratto il COVID-19 e di avere effettuato dopo la guarigione clinica DUE tamponi a distanza di 24 ore risultati **NEGATIVI** rispettivamente in data _____ e in data _____ rispettando il periodo di isolamento sociale di 14 giorni terminato in data _____

7 - **NON** ha effettuato viaggi internazionali

Ulteriori dichiarazioni

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 all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre **A.S.D. AMATORI CAGLIARI**

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 _____

