

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

ATTENZIONE:

il presente modulo deve essere compilato e consegnato ad ogni ingresso alla struttura

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore):

Cognome:		Nome:	
Nata/o a:		il:	
Residente in:		Via e n. civ.	
Cognome del minore:		Nome del minore:	
Nella sua qualità di (*):			

(*) Specificare: es. Atleta, Tecnico, Insegnante, Allenatore, Operatore, Collaboratore.

DICHIARA

che non ha 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?		
• è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
• è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
• 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)?		
• 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).		

• **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 **UISP COMITATO TERRITORIALE DI PINEROLO APS** 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**

.....

.....

UISP APS - Unione Italiana Sport Per tutti

00155 Roma, Largo Nino Franchellucci, 73 - Tel.06.439841 - Fax 06.43984320 - www.uisp.it – uisp@uisp.it