



CARPI F.C. 1909

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / _____

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni	SI	NO
Febbre >37,5		
Tosse		
Stanchezza		
Mal di gola		
Mal di testa		
Dolori muscolari		
Congestione nasale		
Nausea		
Vomito		
Perdita di olfatto e gusto		
Congiuntivite		
Diarrea		

Eventuale esposizione al contagio	SI	NO
CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)		
CONTATTI con casi sospetti		
CONTATTI con familiari di casi sospetti		
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)		
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)		

Ulteriori dichiarazioni _____

Il/la sottoscritto come sopra identificato attesta 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 il CARPI F.C. 1909 S.R.L. 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 _____