

AUTODICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

- Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?
 - Febbre > 37,5° SI NO
 - Tosse/Raffreddore SI NO
 - Dolori muscolari/stanchezza SI NO
 - Difficoltà respiratorie SI NO
 - Sintomi influenzali SI NO
 - Perdita di olfatto e gusto SI NO

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- **CONTATTI** con casi accertati COVID 19 (tampone positivo) SI NO
- **CONTATTI** con casi sospetti SI NO
- **CONTATTI** con familiari di casisospetti SI NO
- **CONVIVENTI** con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI NO
- **CONTATTI** con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI NO

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).

Firma del dichiarante

Data _____
