

**MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

In caso di atleti minori: genitore di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni		
Febbre >37,5°C	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tosse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Stanchezza	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal di gola	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal di testa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nausea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Vomito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Eventuale esposizione al contagio		
CONTATTI con casi accertati COVID19 (tampone positivo)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONTATTI con casi sospetti	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONTATTI con familiari di casi sospetti	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

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 **ASD Città di Baveno 1908**, 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 \_\_\_\_\_


**Società di Calcio**

Iscritta all'Albo delle Società Storiche Italiane - Campione Regionale di Seconda Categoria 1966/67 -  
 Vincente Coppa Piemonte Prima Categoria 2005/06 - Vincente Campionato (e.a.) e Coppa Piemonte Promozione 2008/09 -

**ASD Città di Baveno 1908**

Via C. Segù 28831 Baveno (VB)  
 P.IVA 00631010030 - C.F. 84008930038  
**MSUXCR1**  
[segreteria@bavenocalcio.com](mailto:segreteria@bavenocalcio.com)