

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____ (____)

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____ (____)

DICHIARO QUANTO SEGUE

Di accedere all' interno della Fiera di Rimini il giorno ____/12/2020 alle ore ____ e di essere in possesso di tessera FGI nr. _____ iscritto alla Società _____

Regione _____ Cod. _____

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Eventuale esposizione al contagio negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37,5°	SI	NO
Tosse	SI	NO
Stanchezza	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Dolori muscolari	SI	NO
Congestione	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vomito	SI	NO
Perdita di olfatto e gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO

CONTATTI con casi accertati Covid 19 (Tampone positivo)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
CONTATTI con febbre e sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

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 la **Federazione Ginnastica d'Italia** 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 _____