



MODULO DI AUTODICHIARAZIONE COVID-19

Il/la sottoscritto/a

Nome e cognome _____

Codice Fiscale _____

nato il __/__/____

residente in via _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Recapito telefonico _____

e-mail _____

DICHIARA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19, oppure di essere in possesso di ultimo risultato di tampone negativo
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali: temperatura corporea oltre i 37.5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea anosmia, augeusia
- di non aver avuto contatti a rischio con persone negli ultimi 14 giorni sono state affette da coronavirus (famigliari, luoghi di lavoro, trasferte fuori Italia, etc.).
- di aver letto la documentazione fornita dalla Società relativa al contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19, nonché la parte relativa l'informativa sulla Privacy.
- di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento. Dichiara altresì di obbligarsi ad informare immediatamente la ASD qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicato.

In fede, data _____

firma _____

(del genitore in caso di minore)