

ALLEGATO A

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a:

Cognome Nome

Nato/a il

Residente in Via e n.

In qualità di genitore/tutore legale del minore:

DICHIARA

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

SI NO

● è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?
● è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?
● è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?

● ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 (tra i quali
 temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori
 muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?

● manifesta attualmente sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura
 corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari,
 diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).

● Dichiara di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo eventuali variazioni di
 quanto sopra dichiarato, compreso l’insorgenza di sintomi riferibili all’infezione da Covid-19, tra i quali
 temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza,
 difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria 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).

Autorizza, inoltre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la denominazione
dell’associazione/società sportiva) al trattamento dei 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.

Luogo e data …………………………………… Firma dell’atleta o del genitore/tutore legale per minorenni

…………………………………………………..…………………….

UISP APS - Unione Italiana Sport Per tutti

00155 Roma, Largo Nino Franchellucci, 73 - Tel.06.439841 - Fax 06.43984320 - [www.uisp.it](http://www.uisp.it/) - uisp@uisp.it