

**AUTODICHIARAZIONE  
PRELIMINARE ALL'AMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

genitore del minore \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

**SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA \_\_\_\_\_**

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 (tamponi positivi)	SI	NO
-CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
-CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
-CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tamponi)	SI	NO
-CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tamponi)	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 non agonistiche.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla Polisportiva eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato.

DATA / /2020

Firma