



**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER INGRESSO AL CENTRO
POLISPORTIVO**

Il sottoscritto / a _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____

In via / corso _____ n° _____

Attività svolta _____ Associazione _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

➤ E' risultato positivo al Covid- 19? SI NO

➤ Ha avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 o sottoposti a quarantena ? SI NO

➤ E' sottoposto a periodo di quarantena ? SI NO

➤ E' stato in luoghi o condizioni di rischio che possano ricondurre al COVID-19? SI NO

➤ Ha sintomi o ha riscontrato sintomi quali:
raffreddore, mal di gola, febbre , cefalea, malessere generalizzato ? SI NO

➤ Il sottoscritto dichiara, di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e dei colleghi all'interno del centro e presta pertanto il suo esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure Urgenti Di Contenimento e Gestione dell'emergenza da COVID-19" SI NO

CONSAPEVOLE CHE

Ai sensi dell'Art 76 del D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di dichiarazioni false sono punite ai sensi del Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia

Data _____

Firma del dichiarante _____