



**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](mailto:uisp@uisp.it)



**ALLEGATO A**

**AUTODICHIARAZIONE COVID 19**

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell’atleta in caso di minore):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Cognome* | |  | | | | *Nome* | |  |
| *In caso di Genitore/tutore legale indicare il cognome e nome dell’atleta* | | | | | | |  | |
| *Nato/a* | |  | | | | *il* | |  |
| *Residente in* | |  | | | | *Via e n.* | |  |
| *Tel.* |  | | | *E-mail* |  | | | |
| *Nella sua qualità di (\*)* | | |  | | | | | |

*(\*) specificare: es. Atleta Tecnico, Insegnante, Allenatore, Operatore, Collaboratore.*

**DICHIARA**

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 10 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? |  |  |
| * ha avuto negli ultimi tre giorni 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 ovvero prima di un evento/ gara/manifestazione 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/Comitato/Organizzazione*) 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

…………………………………………………..………………………….