MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Data __ /__ /___



nato a			il	/	1
e residente in					
n caso di atleti minori: geni	tore di				
nato a			il	/	,
e residente in					
		DICHIARO	QUANTO SEGUE		
n possesso del certificato i	doneità s _i		stica/non agonistica con scadenz	za in data _	_/_/
Sintomi riscontrati negl	i ultimi 14	giorni	Eventuale esposizion	ne al cont	agio
Febbre >37,5°	SI 🗌	NO 🗌	CONTATTI con casi		
Tosse	SI	NO 🗆	accertati COVID 19	SI 🗌	NO [
Stanchezza	SI	NO 🗆	(tampone positivo)		
Mal di gola	SI	NO 🗌	CONTATTI con casi	SI	NO [
Mal di testa	SI	NO 🗌	sospetti		
Dolori muscolari	SI 🗌	NO 🗌	CONTATTI con familiari	SI 🗌	NO [
Congestione nasale	SI 🗌	NO 🗌	di casi sospetti		
Nausea	SI 🗌	NO 🗌	CONVIVENTI con febbre	SI 🗆	NO C
Vomito	SI 🗌	NO 🗌	o sintomi influenzali		
Perdita di olfatto e gusto	SI 🗌	NO 🗌	(no tampone)		
Congiuntivite	SI 🗌	NO 🗌	contatti con febbre o sintomi influenzali		
Diarrea	SI 🗌	NO 🗌	(no tampone)		
Illandard diablamentand					
Ulteriori dichiarazioni					
(I) II II I		0.1	- 199X 1		
			mia responsabilità che quanto sopra na falsa dichiarazione, anche in relazio		
			tà sportive agonistiche (art. 46 D.P.R.		

Firma