

AUTOCERTIFICAZIONE COVID -19

Il/la Sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

nato/a il ____ / ____ / _____ a _____ (prov. _____)

in qualità di genitore/tutore/esercente la patria potestà del minore

COGNOME _____ NOME _____

nato/a il ____ / ____ / _____ a _____ (prov. _____)

DICHIARA

di essere consapevole delle responsabilità penali e civili a cui andrà incontro in caso di false dichiarazioni.

per se stesso in qualità di genitore / titolare della responsabilità genitoriale

di non essere attualmente sottoposto a vincolo di isolamento/quarantena e di non essere a conoscenza ad oggi di aver contratto infezione da SARS - COVID-19.

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio e dei protocolli di linee guida per la prevenzione dal Covid-19.

- É risultato in passato positivo/a al Covid-19 ?

SI NO

- Se si, è stato dichiarato ufficialmente guarito/a - negativizzato/a

SI NO

- É stato/a sottoposto/a vaccinazione completa anti Covid-19 ?

SI NO

- Ha febbre insorta da meno di 14 giorni?

SI NO

- Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratorie, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazione dell'olfatto, dolori oste-articolari diffusi, diarrea insorta da meno di 14 giorni?

SI NO

- É stato/a esposto/a a casi sospetti o accertati di Covid-19 negli ultimi 14 giorni ?

SI NO

- Ha soggiornato negli ultimi 14 giorni in un paese a rischio per il quale sussiste l'obbligo di quarantena ?

SI NO

In caso di risposta affermativa alla domanda precedente:

- Al ritorno ha effettuato il tampone che ha dato esito negativo ?

SI NO

- Al ritorno ha effettuato la quarantena ?

SI NO

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni sopra riportate a segreteria@ritmixsl@gmail.com

Con la firma della presente, autorizzo al trattamento dei dati personali ed in particolare ai dati relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 e alla normativa nazionale vigente in materia di tutela e prevenzione del contagio.

San Lazzaro di Savena, data ____ / ____ / _____ Firma leggibile _____

“A.S.D. RITMIX SAN LAZZARO”

Via Caselle 52 - 40068 - San Lazzaro di Savena (BO) - cell. +39 346 4734411 - C.F. 91389990374
N. CONI: 273488 - N. FGI: 003234 - www.ritmix.eu

