

**AUTOCERTIFICAZIONE (agg.23/02/21) resa ai sensi del D.P.R. 445/2000**  
da consegnare all' A.S.D. SPORTIME BOVES – Via Peveragno, 51 12012 Boves (CN)

Il/la sottoscritto/a

Cognome ..... Nome.....

Luogo e data di nascita .....

Residente a..... Via/Piazza .....

**DICHIARA**

**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 .....  
nato/a a.....  
il .....

documento di riconoscimento.....

**di non essere attualmente sottoposto a vincolo di isolamento/quarantena e di non essere a conoscenza ad oggi di aver contratto infezione da SARS – COV 19**

	Sì	No
<b>CRITERI EPIDEMIOLOGICI</b>		
E' stato mai sottoposto/a a vincolo di isolamento o di quarantena?		
E' stato esposto/a a casi sospetti o accertati di Covid 19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di Covid 19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha frequentato negli ultimi 14 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse?		
Convive con persone con febbre/febbre associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazione del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?		
<b>CRITERI CLINICI</b>		
Ha febbre (TC 37,5° C) insorta da meno di 14 giorni?		
Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?		
Ha avuto febbre (TC 37,5° C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?		
<b>ANAMNESI PREGRESSA PER SARS – COV-2</b>		
Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-COV-2 mediante tampone rino-faringeo molecolare?		
In caso di risposta positiva al precedente punto, ha effettuato un tampone rino-faringeo definitivo per SARS-COV-2 risultato negativo e/o ha ricevuto certificazione di guarigione?		
Ha effettuato un esame sierologico per SARS-COV-2 che è risultato positivo (IgM e/o IgG)? In tal caso ha effettuato almeno un tampone rino-faringeo per SARS-COV-2 risultato negativo?		
In caso di risposta positiva ai precedenti punti, è in possesso della certificazione alla idoneità sportiva agonistica rinnovata dopo risoluzione dell'infezione o della certificazione "Return to play"?		

- di aver preso visione dell'INFORMATIVA F.G.I. TRATTAMENTO DATI PARTECIPANTI ALLA COMPETIZIONI NEL PERIODO EMERGENZA COVID 19
- sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità
- di aver preso visione e rispettato il PROTOCOLLO DI SICUREZZA SPORTIME ed il REGOLAMENTO INTERNO
- di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa, ad esclusione delle fasi di allenamento.
- di impegnarsi a comunicare via mail all'ASD SPORTIME BOVES ( [asdsportimeboves@gmail.com](mailto:asdsportimeboves@gmail.com) ) eventuale positività al SARS – COV 19 che dovesse manifestarsi nei **10 giorni successivi all'ingresso in struttura.**

Data..... Firma leggibile.....