

## AUTOCERTIFICAZIONE PER PRATICANTI, ACCOMPAGNATORI E VISITATORI ADULTI

- Ha avuto, negli ultimi 14 giorni, un contatto con una persona con diagnosi sospetta, probabile o confermata da coronavirus (Covid-19)?  sì  NO
- Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una delle zone definite a rischio, e se sì, quale?  sì  NO  
Regione o Stato Estero: \_\_\_\_\_
- Ha o ha avuto, negli ultimi 14 giorni, **anche soltanto uno** dei seguenti sintomi?
  - sì  NO Febbre
  - sì  NO Tosse secca
  - sì  NO Respiro affannoso e/o difficoltà a respirare (dispnea)
  - sì  NO Dolori muscolari diffusi
  - sì  NO Mal di testa
  - sì  NO Raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
  - sì  NO Mal di gola
  - sì  NO Congiuntivite
  - sì  NO Diarrea
  - sì  NO Perdita del senso del gusto (ageusia)
  - sì  NO Perdita del senso dell'olfatto (anosmia)

### ◆◆◆ DATI ANAGRAFICI ◆◆◆

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA: \_\_\_\_\_

VIA: \_\_\_\_\_ NUMERO: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ATTUALE (se diverso dalla residenza): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEFONO FISSO: \_\_\_\_\_ CELLULARE: \_\_\_\_\_

EMAIL (scrivere tutto in stampatello): \_\_\_\_\_

### ◆◆◆ DICHIARAZIONE ◆◆◆

Conoscendo le responsabilità penali nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiaro che le informazioni da me fornite in questo modulo corrispondono al vero e mi impegno a comunicare tempestivamente all'**istruttore** e la **SSD LIFE** qualsiasi novità o cambiamento relativi al mio stato di salute o dei miei contatti stretti, sollevando l'istruttore e la **SSD LIFE** da qualsiasi responsabilità circa il rischio di contagio.

Prendo atto che i dati acquisiti o raccolti tramite il presente modulo saranno trattati in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa sulla privacy ai sensi e per gli effetti di cui all'art.7 e ss. del Regolamento UE 2016/679.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_