

## AUTOCERTIFICAZIONE PER MINORI O PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

- Lei o il praticante avete avuto, negli ultimi 14 giorni, un contatto con una persona con diagnosi sospetta, probabile o confermata da coronavirus (Covid-19)?  sì  NO
- Lei o il praticante, negli ultimi 14 giorni, avete viaggiato in una delle zone considerate a rischio, e se sì, quale?  sì  NO (Regione o Stato Estero: \_\_\_\_\_)
- Lei o il praticante, avete o avete avuto negli ultimi 14 giorni **anche soltanto uno** dei seguenti sintomi?

sì  NO **Febbre**

sì  NO **Tosse secca**

sì  NO **Respiro affannoso o dispnea**

sì  NO **Dolori muscolari diffusi**

sì  NO **Mal di testa**

sì  NO **Raffreddore (naso chiuso o che cola)**

sì  NO **Mal di gola**

sì  NO **Congiuntivite**

sì  NO **Diarrea**

sì  NO **Perdita del gusto (ageusia)**

sì  NO **Perdita dell'olfatto (anosmia)**

### ◆◆◆ DATI ANAGRAFICI DEL PRATICANTE ◆◆◆

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

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

### ◆◆◆ DATI ANAGRAFICI DEL GENITORE/TUTORE/ACCOMPAGNATORE ◆◆◆

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

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

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

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

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

RELAZIONE: 

Genitore	Nonna/o	Baby-Sitter	Tutore legale	Altro: _____
----------	---------	-------------	---------------	--------------

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 qui fornite corrispondono al vero e mi impegno a comunicare tempestivamente all'**istruttore** e la **SSD LIFE** qualsiasi novità o cambiamento relativi allo stato di salute mio e/o del praticante che accompagno, sollevando l'istruttore e la SSD LIFE da qualsiasi responsabilità circa il rischio di contagio.

- Acconsento al trattamento dei dati personali qui forniti (art.7 e ss. del Regolamento UE 2016/679).

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