

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 all'**ASD Zanshin Dojo** qualsiasi novità o cambiamento relativi al mio stato di salute o dei miei contatti stretti, sollevando l'istruttore e l'ASD Zanshin Dojo 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: _____