



MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ il ____/____/____

E RESIDENTE IN _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

FEBBRE >37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
STANCHEZZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MAL DI GOLA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MAL DI TESTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DOLORI MUSCOLARI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONGESTIONE NASALE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NAUSEA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VOMITO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PERDITA DI OLFATTO E GUSTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIARREA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (Tampone Positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONVIVENTI con Febbre o sintomi influenzali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Ulteriori dichiarazioni _____

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio contagio all'interno della struttura sportiva (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre il Benevento Calcio S.r.l. al trattamento dei miei dati relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data ____/____/____

Firma _____