



Associazione Sportiva Dilettantistica
SAMBER 84

Oratorio San Bernardino Salesiani Chiari
Via Palazzolo, 1 - Chiari (BS) - 320/8969774
www.samber84.com info@samber84.com



seguici su facebook: SAMBER 84



e su instagram: SAMBER_84



DISPOSIZIONI ANTICONTAGIO - Covid 19

AUTODICHIARAZIONE (MINORENNE)

Il sottoscritto (dati anagrafici del genitore)

cognome		nome	
cod. fiscale		cellulare	

genitore/tutore di (dati anagrafici del minore)

cognome		nome	
cod. fiscale		cellulare	

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

in possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica dell'atleta con scadenza in data

(barrare le voci di ciascuna riga)

sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

eventuale esposizione al contagio

febbre > 37,5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	POSITIVO AL COVID-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SINTOMATICO/ASINTOMATICO*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
stanchezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	* Se si, sottoposto a nuova idoneità?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con casi accertati COVID-19 (tampone positivo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
mal di testa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con familiari di casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
congestione nasale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (tampone effettuato)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nausea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con persone aventi sintomi influenzali (tampone non effettuato)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
perdita di olfatto e gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

ulteriori dichiarazioni

Il sottoscritto come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra indicato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

data

firma del genitore