

AUTODICHIARAZIONE PER ACCESSO ALLO STADIO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ (____) IL ____ / ____ / ____

RESIDENTE A _____ (____), VIA _____ N° ____

DICHIARA QUANTO SEGUE

DI AVER AVUTO NEGLI ULTIMI 15 GIORNI:

FEBBRE > 37,5°C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONTATTI CON CASI ACCERTATI DI COVID 19 (TAMPONE POSITIVO)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONTATTI CON CASI SOSPETTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAL DI GOLA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAL DI TESTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DOLORI MUSCOLARI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONTATTI CON PERSONE CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (NO TAMPONE)	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"/>		
DIARREA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
PERDITA DI OLFATTO E GUSTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE QUANTO DICHIARATO 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. CON LA PRESENTE, AUTORIZZA INOLTRE IL CALCIO PADOVA SPA, AL TRATTAMENTO DEI DATI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE CONTENUTI IN QUESTO MODULO ED ALLA LORO CONSERVAZIONE PER 15 GIORNI COME PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE.

(DA COMPILARE NEL CASO IN CUI IL DICHIARANTE SIA UN MINORE)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

genitore di _____, dichiara di aver letto e compreso la dichiarazione

compilata dal minore. Con la presente firma dichiara inoltre di essere a conoscenza di responsabilità, rischi e conseguenze come al precedente paragrafo.

_____ data

_____ firma del dichiarante (o del genitore se minorenne)