



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

Rev. 01

AUTODICHIARAZIONE PER ATLETI MINORENNI

Il sottoscritto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nato a	<input type="text"/>	il <input type="text"/>
residente in	<input type="text"/>	<input type="text"/>
genitore/tutore di	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nato a	<input type="text"/>	il <input type="text"/>
residente in	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

in possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica del minorenni con scadenza in data

(barrare le voci di ciascuna riga)

sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni		eventuale esposizione al contagio	
febbre > 37,5° C	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con casi accertati COVID-19 (tamponi positivi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
tosse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
stanchezza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con familiari di casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
mal di gola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (tamponi non effettuati)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
mal di testa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con persone aventi sintomi influenzali (tamponi non effettuati)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ulteriori dichiarazioni	
congestione nasale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	
nausea	<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		

Il sottoscritto come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra 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 ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

data

firma

.....

.....