

AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a

nato a

il / /

e residente in

DICHIARO QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

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"/>

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tamponi positivi).	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con casi sospetti.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con persone affette da sintomi respiratori associati a febbre.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Autocertificazione di vaccinazione

SI _____

NO _____

Ulteriori dichiarazioni:

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia 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).

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente dichiarazione per la quale il presente documento viene compilato. Il trattamento è necessario: per l'adempimento di obblighi di legge e, in particolare, per l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio, per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli e saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. La comunicazione di tutti i dati richiesti sono obbligatori; pertanto, l'omessa comunicazione dei dati comporterà l'impossibilità di accedere alle nostre strutture. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare il Titolare del trattamento (U.S. Lecce S.p.A., con sede in Lecce alla via Colonnello Archimede Costadura n. 3, Tel. 0832.241501, e-mail: lecce@legaseriea.it) o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (rpd@uslecce.it). Per tutte le altre informazioni sul trattamento si rinvia all'informativa privacy completa affissa in prossimità dell'accesso agli impianti sportivi o agli uffici amministrativi.

Data: / /

Firma _____