



**PALLACANESTRO BUDRIO 2012 A.S.D.**

Via Camilla Partengo, 13 – 40054 Budrio (Bo)

P.IVA 03225451206 C.F. 03225451206

Sito Web: [www.pallacanestrobudrio.it](http://www.pallacanestrobudrio.it)

E-mail: [pallacanestrobudrio@gmail.com](mailto:pallacanestrobudrio@gmail.com)

Tel. 379.1366595

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19  
AUTODICHIARAZIONE/AUTOMONITORAGGIO  
versione per ospite esterno**

**Il/la sottoscritto/a**

Nome e Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Residente a ..... in .....

Identificato a mezzo Documento (tipo e numero) .....

Rilasciato da ..... in data .....

Telefono ..... Email .....

**In qualità di** .....

**Per la gara** ..... VS .....

del Campionato Regionale Serie D Emilia Romagna

**ANAMNESI COVID – 19**

SI	NO	HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?
----	----	---

HA RISCONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

SI	NO	FEBBRE
SI	NO	TOSSE
SI	NO	FARINGODINIA
SI	NO	RINITE
SI	NO	CONGIUNTIVITE
SI	NO	DIARREA
SI	NO	ANOSMIA
SI	NO	DISGEUSIA

SI	NO	HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19?
----	----	---

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE, STRINGERE LA MANO, CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI, CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESENZA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIU' DI 15 MINUTI AD UNA DISTANZA INFERIORE A DUE METRI, ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI, VIAGGIO AEREO A DISTANZA MINORE O UGUALE A DUE POSTI)

**QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI**

Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, 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 di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche

Autorizzo PALLACANESTRO BUDRIO al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_