



# CIVITAVECCHIA RUGBY CENTUMCELLÆ asd

Via del casaleto rosso s.n.c. – 00053 – Civitavecchia (RM)

e-mail [segreteria@rugbycivitavecchia.com](mailto:segreteria@rugbycivitavecchia.com)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_,

(in caso di atleti minori), genitore di \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_,

tesserato per la ASD/SSD \_\_\_\_\_

## DICHIARA

In possesso del certificato di idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 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 COVID19 (tampone positivo)	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>
Contatti con casi sospetti	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>
Contatti con familiari di casi sospetti	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>
Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>
Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	Si• <input type="checkbox"/>	No• <input type="checkbox"/>

### Ulteriori dichiarazioni

---

---

---

---

Il sottoscritto come sopra identificato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000) attesto che quanto dichiarato corrisponde al vero. Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy allegata alla presente.

In fede

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_