

AUTODICHIARAZIONE ALLIEVA/O - COVID 19
(da consegnare una sola volta a settimana)

Il sottoscritto genitore

DICHIARA

Che l'allieva/o

non è sottoposto a misura di quarantena e non ha avuto i seguenti sintomi negli ultimi 3 giorni:

febbre con temperatura superiore a 37.5°C, tosse, spossatezza, mal di gola, mal di testa, dolori muscolari, congestione nasale, nausea, vomito, perdita di olfatto e gusto, congiuntivite.

non ha avuto una possibile esposizione al contagio da COVID-19 attraverso uno dei casi elencati.

Contatti con: casi accertati di tampone positivo al COVID-19, casi sospetti, conviventi con febbre o sintomi influenzali, ambienti sanitari con casi accertati o sospetti.

- o Il/la sottoscritto/a come sopra indicato attesta, sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al contagio all'interno della palestra ed alla pratica di attività motorie
- o Autorizzo C.A.E.P. Villafranca al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute del minore allieva/o indicato in questo modulo ed alla conservazione degli stessi ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data

Firma

AUTODICHIARAZIONE ALLIEVA/O - COVID 19
(da consegnare una sola volta a settimana)

Il sottoscritto genitore

DICHIARA

Che l'allieva/o

non è sottoposto a misura di quarantena e non ha avuto i seguenti sintomi negli ultimi 3 giorni:

febbre con temperatura superiore a 37.5°C, tosse, spossatezza, mal di gola, mal di testa, dolori muscolari, congestione nasale, nausea, vomito, perdita di olfatto e gusto, congiuntivite.

non ha avuto una possibile esposizione al contagio da COVID-19 attraverso uno dei casi elencati.

Contatti con: casi accertati di tampone positivo al COVID-19, casi sospetti, conviventi con febbre o sintomi influenzali, ambienti sanitari con casi accertati o sospetti.

- o Il/la sottoscritto/a come sopra indicato attesta, sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al contagio all'interno della palestra ed alla pratica di attività motorie
- o Autorizzo C.A.E.P. Villafranca al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute del minore allieva/o indicato in questo modulo ed alla conservazione degli stessi ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data

Firma