



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA FONDATA NEL 1878
SEDE PRESSO CONI BELLUNO - VIA CIPRO, 30 – 32100 BELLUNO

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI RAFFREDDAMENTO DELL'ATLETA IN ASSENZA DI SINTOMI FEBBRILI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ a _____

genitore/tutore di _____

DICHIARA

CHE IL/LA GINNASTA _____

- pur presentando sintomi da raffreddamento è ritenuto idoneo/a a svolgere l'attività sportiva dopo aver contattato il Pediatra di libera scelta/ Medico di base che ne ha constatato lo stato di salute.

Data,

In fede

NOTE

- Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.

- La presente autocertificazione ha validità per il periodo di durata dei sintomi da raffreddamento e dovrà essere ripresentata al manifestarsi di un nuovo stato di raffreddamento.