



SIRIOIL

S.S. Juve Stabia

GIVOVA

AUTOCERTIFICAZIONE

(D.P.R. N°445/200 ART.6)

Incontro **JUVE STABIA** _____ del _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____ alla via _____ civ. _____

documento di identità _____ rilasciato in data _____

utenza telefonica _____ temperatura rilevata all'ingresso _____

DICHIARA

- **Di non aver** avuto sintomi da **COVID -19** (tra i quali a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5° C, tosse, mal di gola, mal di testa, stanchezza [astenia], affanno [dispnea], dolori muscolari [mialgie], congestione nasale, nausea, vomito, diarrea, perdita di olfatto, [anosmia] e gusto [ageusia], congiuntivite nei precedenti 14 giorni).
- **Di non essere** stato in contatto diretto, negli ultimi 14 giorni, con persona che abbia manifestato sintomi **COVID-19** (tra i quali a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5° C, tosse, mal di gola, mal di testa, stanchezza [astenia], affanno [dispnea], dolori muscolari [mialgie], congestione nasale, nausea, vomito, diarrea, perdita di olfatto, [anosmia] e gusto [ageusia], congiuntivite).

Io 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.

Autorizzo la SS Juve Stabia al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu. 2016/679 e della normativa nazionale vigenti.

Castellammare di Stabia li _____

Letto confermato e sottoscritto
