OPEN DAY 2020/2021

MODULO ISCRIZIONE

DATI GENITORE (Se calciatore minorenne)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

DATI ATLETA

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Città _____

Cap _____ Provincia _____

NUMERO DI CELLULARE _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

TESSERATO CON LA SOCIETA' _____

*(*in caso di vincolo presentarsi muniti di regolare nulla-osta)*

TIPO DI VINCOLO ☐ (ANNUALE) ☐ (PLURIENNALE)

Con il presente modulo l'atleta è autorizzato a partecipare all'Open Day organizzato dalla società ASD San Luca.
LA SOCIETA' ASD SAN LUCA DECLINA OGNI RESPONSABILITA' IN CASO DI INFORTUNI ED EVENTUALI FURTI ALL'INTERNO DELL'IMPIANTO SPORTIVO.

Il presente modulo debitamente compilato andrà spedito all'indirizzo e-mail: segreteria@asdsanluca1961.it

DATA	FIRMA ATLETA	FIRMA GENITORE

Sede Sociale in C.so Corrado Alvaro, 193 - C.A.P. 89030 - San Luca (RC) E-mail: info@asdsanluca1961.it | Sito Web Ufficiale: www.asdsanluca1961.it
P.IVA 02999410802 | C.F. 90036730803 | Tel. 0964.66593 - Fax. 0964.61195

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il ___ / ___ / ___

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato a _____ il ___ / ___ / ___

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data __ /__ /__

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre >37,5°	SI ☐	NO ☐
Tosse	SI ☐	NO ☐
Stanchezza	SI ☐	NO ☐
Mal di gola	SI ☐	NO ☐
Mal di testa	SI ☐	NO ☐
Dolori muscolari	SI ☐	NO ☐
Congestione nasale	SI ☐	NO ☐
Nausea	SI ☐	NO ☐
Vomito	SI ☐	NO ☐
Perdita di olfatto e gusto	SI ☐	NO ☐
Congiuntivite	SI ☐	NO ☐
Diarrea	SI ☐	NO ☐

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con casi sospetti	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI ☐	NO ☐
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI ☐	NO ☐

Ulteriori dichiarazioni _____

_____

_____

Il/la 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 ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre _____ *(indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva)* 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 vigente.

Data __ /__ /____ Firma _____