Il/la sottoscritto/a

**AUTOCERTIFICAZIONE resa ai sensi del D.P.R 445/2000**

**Da consegnare agli organizzatori della competizione/manifestazione**

Cognome ………………………………………………………….. Nome………………………………………….

 Luogo e data di nascita ……………………………………………………………………………………………………

 Residente a………………………………………………….. Via/Piazza ……………………………………………..

# DICHIARA

**consapevole delle responsabilità penali e civili a cui andrà incontro in caso di false dichiarazioni**

 **per se stesso in qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale**

 **di ………………………………………………………………………………………….**

 **nato/a a………………………………………………………………………………..**

 **il …………………………**

 **Documento di riconoscimento………………………………………………………………………………………………………………….**

**di non essere attualmente sottoposto a vincolo di isolamento/quarantena e di non essere a conoscenza ad oggi di aver contratto infezione da SARS – COV 19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sì**  | **No**  |
| È in possesso dell’idoneità sportiva valida per l’anno sportivo? |  |  |
| **CRITERI EPIDEMIOLOGICI**  |  |  |
| E’ stato/a sottoposto/a a vaccinazione completa anti Covid 19?  |  |  |
| E’ stato sottoposto/a a vincolo di isolamento o di quarantena negli ultimi 14 giorni?  |  |  |
| E’ stato esposto/a a casi sospetti o accertati di Covid 19 negli ultimi 14 giorni?  |  |  |
| Convive con persone con febbre/febbricola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazione del gusto e dell’olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?  |  |  |
| **CRITERI CLINICI**  |  |  |
| Ha febbre (TC 37,5° C) insorta da meno di 14 giorni?  |  |  |
| Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazioni dell’olfatto, dolori oste-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?  |  |  |
| Ha avuto febbre (TC 37,5° C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazioni dell’olfatto, dolori oste-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?  |  |  |
| **ANAMNESI PREGRESSA PER SARS – COV-2**  |  |  |
| Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-COV-2 mediante tampone rino-faringeo molecolare ?  |  |  |
| In caso di risposta positiva al precedente punto, ha effettuato un tampone rinofaringeo definitivo per SARS-COV-2 risultato negativo e/o ha ricevuto certificazione di guarigione?  |  |  |
| Ha effettuato un esame sierologico per SARS-COV-2 che è risultato positivo (IgM e/o IgG)? In tal caso ha effettuato almeno un tampone rinofaringeo per SARS-COV-2 risultato negativo?  |  |  |
| In caso di risposta positiva ai precedenti punti, è in possesso della certificazione alla idoneità sportiva agonistica rinnovata dopo risoluzione dell’infezione o della certificazione “Return to play”?  |  |  |

 o sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità

* di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall’ingresso in struttura e per tutta la permanenza all’interno della stessa, ad esclusione delle fasi di allenamento e/o gara
* di impegnarsi a comunicare via mail alla Società Organizzatrice ed alla F.G.I. eventuale positività al SARS – COV 19 che dovesse manifestarsi nei **10 giorni successivi all’evento**

Data……………………… Firma leggibile……………………………………………………………………………