



UNIONE ITALIANA TIRO A SEGNO

Modulo B1 (attività sportiva minori)

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente in _____
_____(____), via _____
_____, e domiciliato in _____
(____), via _____, esercente la potestà genitoriale del
proprio figlio minore, _____ avente tessera federale
n. _____,

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a incaricato
di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni (art.496 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di avere letto, compreso e accettato incondizionatamente il protocollo di comportamento per
emergenza Corona virus e di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti
alla data odierna e che il minore accompagnato non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero
non è risultato positivo al COVID-19 e non è venuto a contatto con persone dichiarate positive negli
ultimi 15 giorni e non manifesta nessun sintomo ad esso associato. Di non avere una temperatura
corporea pari o superiore a 37.5 gradi:

Firma del dichiarante/esercente la potestà genitoriale

Il sottoscritto afferma di aver fornito al Presidente della Sezione TSN la dichiarazione veritiera sul
suo stato di salute di cui sopra e pertanto consapevole dei rischi sanitari connessi alla diffusione
dell'epidemia si sottopongono al controllo della temperatura autorizzando il Presidente, o suo
delegato, al rilevamento.

Temperatura rilevata : SI /NO

Luogo, data _____

Firma del dichiarante _____

Firma del Presidente _____

NEI 14 GIORNI PRECEDENTI

<ul style="list-style-type: none">Sei stato all'estero?	No / Sì / Non Ricordo Dove? Data inizio permanenza Data di rientro
<ul style="list-style-type: none">Sei stato in altre Regioni Italiane?	No / Sì / Non Ricordo Dove? Data inizio permanenza Data di rientro
<ul style="list-style-type: none">Hai avuto contatti (PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI) con casi accertati di COVID-19?	No / Sì / Non Ricordo
<ul style="list-style-type: none">Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?	No / Sì / Non Ricordo
<ul style="list-style-type: none">Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena?	No / Sì / Non Ricordo
<ul style="list-style-type: none">Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria per motivi polmonari e/o riferibili a COVID-19?	No / Sì / Non Ricordo Se Sì, in che struttura e per quanto tempo?
<ul style="list-style-type: none">Sei stato ricoverato per COVID-19?	No / Sì / Non Ricordo Se Sì, in che struttura e per quanto tempo?
<ul style="list-style-type: none">Hai altre patologie?	No / Sì / Non Ricordo Se Sì, quali?

• Prendi farmaci?	No / Sì / Non Ricordo Se Sì, quali?
• AL MOMENTO HAI	
• Tosse	No / Sì
• Febbre	No / Sì Temperatura
• Difficoltà a respirare	No / Sì
• Vomito	No / Sì
• Diarrea	No / Sì Se Sì, numero scariche/die
• Aageusia	No / Sì
• Anosmia	No / Sì
• Hai fatto il vaccino per l'influenza stagionale?	No / Sì
• Hai fatto il vaccino per la polmonite?	No / Sì

Data e luogo

Firma del dichiarante