



Polisportiva Dilettantistica CITTÀ DI SEGRATE

Scuola Calcio Riconosciuta F.I.G.C.
Matricola F.I.G.C. n. 930021 – Matricola C.O.N.I. n. 94651



www.polisportivasegrate.it

MODULO DI ISCRIZIONE CAMPUS ESTIVO 2020

DATI ISCRITTO:

COGNOME:..... NOME:.....

LUOGO DI NASCITA:..... DATA:.....

CITTA' DI RESIDENZA:..... VIA:.....

TELEFONO:.....

E-MAIL:.....

DATI DEL GENITORE CON PATRIA POTESTA'

COGNOME:..... NOME:.....

CITTA' DI RESIDENZA:..... VIA:.....

TELEFONO:..... E-MAIL:.....

SETTIMANA/E DI FREQUENZA AL CAMPUS SCELTE:

1^ settimana (dal 22/6/20 al 26/6/20): O

COSTO SETTIMANALE: € 50

Per poter partecipare al Campus è indispensabile :

- Essere in possesso del certificato di idoneità sportiva valido .
- Consegnare in segreteria o inviare per mail debitamente compilato il presente modulo.
- Consegnare in segreteria o inviare per mail il modello di autocertificazione (in allegato).
- Saldare la settimana prescelta tramite bonifico bancario o direttamente presso la segreteria.
- Essere tesserati della società Città di Segrate stagione 2019-2020.

MAIL : direzione-sportiva@polisportivasegrate.it

IBAN: IT33P0845320600000000565352

Causale: cognome e nome atleta

Firma del genitore

POL. D. CITTÀ DI SEGRATE

Sede Legale: C/O C.S. D. Giussani Via Donizetti – 20090 Segrate (MI) Sede Operativa: Campo Pastrengo Via I Maggio, 46 – 20090 Segrate (MI)
P. IVA 06656890966 Tel. & Fax: +39 02 26926248 e-mail segreteria: segreteria@polisportivasegrate.it
sito internet: www.polisportivasegrate.it e-mail ufficio stampa: ufficio-stampa@polisportivasegrate.it



Polisportiva Dilettantistica CITTÀ DI SEGRATE

Scuola Calcio Riconosciuta F.I.G.C.
Matricola F.I.G.C. n. 930021 – Matricola C.O.N.I. n. 94651



www.polisportivasegrate.it

ALLEGATO

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a

noto a

il / /

e residente in

In caso di atleti minori: genitore di

noto 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nausea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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 _____

POL. D. CITTÀ DI SEGRATE

Sede Legale: C/O C.S. D. Giussani Via Donizetti – 20090 Segrate (MI) Sede Operativa: Campo Pastrengo Via I Maggio, 46 – 20090 Segrate (MI)
P. IVA 06656890966 Tel. & Fax: +39 02 26926248 e-mail segreteria: segreteria@polisportivasegrate.it
sito internet: www.polisportivasegrate.it e-mail ufficio stampa: ufficio-stampa@polisportivasegrate.it