



# 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](http://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 POTESTÀ

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

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

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

SETTIMANA/E DI FREQUENZA AL CAMPUS SCELTE:

1<sup>a</sup> settimana (dal 22/6/20 al 26/6/20):    ☐

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 settimane prescelte tramite bonifico bancario o direttamente presso la segreteria.
- Essere tesserati della società Città di Segrate stagione 2019-2020.

MAIL : [direzione-sportiva@polisportivasegrate.it](mailto: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](mailto:segreteria@polisportivasegrate.it)  
sito internet: [www.polisportivasegrate.it](http://www.polisportivasegrate.it) e-mail ufficio stampa: [ufficio-stampa@polisportivasegrate.it](mailto: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](http://www.polisportivasegrate.it)

ALLEGATO

## 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 <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 attesta 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](mailto:segreteria@polisportivasegrate.it)

sito internet: [www.polisportivasegrate.it](http://www.polisportivasegrate.it) e-mail ufficio stampa: [ufficio-stampa@polisportivasegrate.it](mailto:ufficio-stampa@polisportivasegrate.it)