

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE
RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA
RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI



Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

CF: _____ N° tesseramento presso questa asd/ssd _____

DICHIARA QUANTO SEGUE:

per me stesso; per il minore di cui detengo la potestà genitoriale:

Cognome e nome Minore _____

data e comune di nascita _____

C.F. Minore _____

▪ Visita medico sportiva in data ___/___/___ con scadenza certificato ___/___/___

▪ Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- | | | | |
|----------------------|---|------------------------------|---|
| ▪ 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"/> |

NOTIZIE SU 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
 - Proviene da un VIAGGIO ALL'ESTERO SI NO
 - FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI con casi accertati/sospetti SI NO
- Se si dove: IN PROVINCIA IN REGIONE IN ITALIA ESTERO

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al Covid-19

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 la ASD/SSD _____ 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 _____