

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-COV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI
(Da visionare da parte del Medico sociale o del Medico di riferimento)**

NOME _____ COGNOME _____

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA.....
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....
(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Agonistica)

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- Febbre > 37°,5 SI___ NO___
- Tosse SI___ NO___
- Stanchezza SI___ NO___
- Mal di gola SI___ NO___
- Mal di testa SI___ NO___
- Dolori muscolari SI___ NO___
- Congestione nasale SI___ NO___
- Nausea SI___ NO___
- Vomito SI___ NO___
- Diarrea SI___ NO___
- Perdita di olfatto e gusto SI___ NO___
- Congiuntivite SI___ NO___
-

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID19 (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___
FREQUENTATI AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI___ NO___
Se si dove: IN PROVINCIA __ IN REGIONE __ IN ITALIA __ ALL'ESTERO __

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO
POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19

.....
Io sottoscritto/a come sopra identificato/a attesto sotto la 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.

Autorizzo _____ 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 _____