DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI
(Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)

NOME	COGNOME

Tutore legale dell'atleta (nel caso di atleti minorenni)

NOME	COGNOME

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA _____
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONOSTICA _____
(nel caso di NON ATLETI non indicare dati silla certificazione di idoneità Agonistica).

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- Febbre >37.5° SI NO
- Stanchezza SI NO
- Mal di testa SI NO
- Congestione nasale SI NO
- Vomito SI NO
- Perdita di gusto SI NO

Tosse SI NO
Mal di gola SI NO
Dolori muscolari SI NO
Nausa SI NO
Perdita di olfatto SI NO
Congiuntivite SI NO

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI DA COVID 19 (tampone positivo) SI NO
CONTATTI CON CASI SOSPETTI SI NO
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI NO
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTONI 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? _____

ALTRE NOTIZIE CJE RITENE 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 la rischio di contagio all'interno della struttura SPORTIVA e 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 _____