

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 <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"/>

NOTIZIE SU 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)		
PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì dove <input type="checkbox"/> IN PROVINCIA <input type="checkbox"/> IN REGIONE <input type="checkbox"/> IN ITALIA <input type="checkbox"/> 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 _____