

DENOMINAZIONE SOCIETÀ 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 IDONEITÀ AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA \_\_\_\_\_

SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITÀ 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)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

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

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 \_\_\_\_\_