

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	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

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 sottoscritto _____ Genitore/tutore del minore _____
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 ASD BENEDETTO 1964 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 _____