

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 • Perdita di olfatto e gusto SI NO • Congiuntivite SI NO **NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO****CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (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 **FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI** SI NO Se sì 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 _____