

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)		

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

.....

☐ il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 _____