

**AUTOCERTIFICAZIONE – SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

Nome _____

Cognome _____

VISITA IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA IN DATA _____

SCADENZA CERTIFICATO IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA _____

(indicare solo se trattasi di atleti)

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi ?

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Febbre >37,5° | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Tosse | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Stanchezza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Mal di Gola | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Mal di Testa | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Dolori Muscolari | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Congestione Nasale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Nausea | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Vomito | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Perdita olfatto e gusto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Congiuntivite | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- | | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI CON CASI ACCETRATI DI COVID 19 (tampone positivo) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTATTI CON CASI SOSPETTI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTATTI CON PERSONE CON SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PROVENIENZA DA VIAGGIO ALL'ESTERO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| FREQUENTAZIONE CON AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI O SOSPETTATI
(Se si specificare ambiente/località/provincia/regione/Italia o estero) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

ALTRE NOTIZIE CHE SI RITIENE UTILE EVIDENZIARE CONNESSE AL POTENZIALE RISCHIO DI CONTAGIO 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. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____

firma _____