

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



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_ N° tesseramento presso questa asd/ssd \_\_\_\_\_

DICHIARA QUANTO SEGUE:

per me stesso;  per il minore di cui detengo la potestà genitoriale:

Cognome e nome Minore \_\_\_\_\_

data e comune di nascita \_\_\_\_\_

C.F. Minore \_\_\_\_\_

▪ Visita medico sportiva in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con scadenza certificato \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

▪ 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"/> | ▪ Diarrea                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

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 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/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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000). Autorizzo inoltre la ASD/SSD \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_