

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 _____

GENITORE DI _____

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA _____

SCADENZA CERTIFICATO 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 (maggiore di 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 si dove: O Provincia O Regione O In Italia O 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

la Società **ASD Polisportiva Pontremolese** 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 _____