

Allegato 01/C-19

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

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
residente a _____ in via _____ cap _____ pr _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

- VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA/AGONISTICA con certificato in data _____
- SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA/AGONISTICA _____
- 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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ CONTATTI con casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ CONTATTI con familiari di casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ Proviene da un VIAGGIO ALL'ESTERO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI con casi accertati/sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

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 (indicare la denominazione dell'associazione/società sportive) _____ 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 _____