

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 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

☐ 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 _____