

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 \_\_\_\_\_