

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE



Il/la sottoscritto/a _____

nata a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data ____ / ____ / ____

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

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"/>

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tamponi positivi)	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"/>

Ulteriori dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta 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).

Autorizza inoltre _____ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) 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 _____



NOME

COGNOME

TRIAGE RISCHIO COVID - 19 AUTOCERTIFICAZIONE

VALUTAZIONE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA

Nelle ultime 2 settimane

- E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON CASI ACCERTATI (vivi o deceduti) SI NO
- E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI) SI NO
- E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/ LOCALITÀ A RISCHIO SI NO
- E' STATO IN CONTATTO STRETTO CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI NO
- HA TOSSE/RAFFREDDORE, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE, SINDROME INFLUENZALE, TEMPERATURA SUPERIORE A 37,5 °C SI NO
- E' RIENTRATO NELLE ULTIME 2 SETTIMANE DA PAESI A RISCHIO COVID SI NO

Data

.....

Firma

.....