

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-COV-2
PRELIMINARE ALLO SVOLGIMENTO DELLE GARE**

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

(solo per gli atleti): dichiaro sotto la mia responsabilità di aver effettuato il tampone entro le 48 ore precedenti la gara e sono risultato negativo al Covid 19.

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___
- Diarrea SI___ NO___
- Perdita di olfatto e gusto SI___ NO___
- Congiuntivite SI___ NO___

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID19 (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___

FREQUENTATI AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI___ NO___

Se si dove: IN PROVINCIA __ IN REGIONE __ IN ITALIA __ ALL'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 _____ 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 _____