

Allegato 01/C-19

## AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE RISCHIO SARS-CoV-2

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

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ■ <b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ <b>CONTATTI</b> con casi sospetti                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ <b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ <b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ <b>CONTATTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ Proviene da un <b>VIAGGIO ALL'ESTERO</b>                            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ■ <b>FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI</b> 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 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 \_\_\_\_\_