



AUTOCERTIFICAZIONE MAGGIORENNI

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)

COGNOME _____ NOME _____

SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA _____
(nel caso di non atleti, non indicare la data e scrivere "NON ATLETA")

Ha avuto negli ultimi 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 olfatto e gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO	Altro (specificare):		

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) SI NO

PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? SI NO
 FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI NO

Se SI dove (cerchiare la risposta): PROVINCIA REGIONE ITALIA 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 indicato/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 la " G.S FOLGORE FUCECCHIO ASD " al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla conservazione ai sensi del Re. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo _____, data _____

Firma _____