



## AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

# AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO AUTOCERTIFICAZIONE MINORENNE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore del minore:

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

### ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?  SI  NO

DAL MESE DI GENNAIO AD OGGI, O DURANTE IL COVID-19, HA AVUTO UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

<b>FEBBRE</b>	SI	NO	<b>CONGIUNTIVITE</b>	SI	NO
<b>TOSSE</b>	SI	NO	<b>DIARREA</b>	SI	NO
<b>FARINGODINIA</b>	SI	NO	<b>ANOSMIA</b>	SI	NO
<b>RINITE</b>	SI	NO	<b>DISGEUSIA</b>	SI	NO

DA GENNAIO AD OGGI HA AVUTO CONTATTO STRETTO CON UN CASO PROBABILE O CONFERMATO DI COVID-19?  SI  NO

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESENZA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIU' DI 15 MINUTI AD UNA DISTANZA INFERIORE A DUE METRI; ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI; VIAGGIO AEREO A DISTANZA MINORE O UGUALE A DUE POSTI)

### QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

- Io sottoscritto/a come sopra indicato/a attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e pensali 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_