



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI SETTIMANALE)

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____ C.F. _____

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

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?

SI	NO
----	----

HA RICONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA, UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI	NO	CONGIUNTIVITE	SI	NO
TOSSE	SI	NO	DIARREA	SI	NO
FARINGODINIA	SI	NO	ANOSMIA	SI	NO
RINITE	SI	NO	DISGEUSIA	SI	NO

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UN CONTATTO STRETTO CON UN CASO 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 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.

Data _____

Firma _____