



**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE - INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERISCE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI - (da visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)**

NOME	COGNOME
------	---------

VISITA DI IDONEITÀ AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA _____

SCADENZA CERTIFICATO IDONEITÀ AGONISTICA _____

(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità 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"/> |
| • Febbre >37,5° | 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 olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

NOTIZIE SU EVENTUALI ESPOSIZIONI AL CONTAGIO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI CON CASI ACCERTATI DI COVID (tampone positivo) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON CASI SOSPETTI DI COVID | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI DI COVID | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
- Se sì dove Provincia Regione Italia Estero

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO A 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 e alla pratica di attività agonistiche.

Autorizzo l'ASD Basket Calcinaia al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____

Firma _____