

ALLEGATO B - MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE ATTUALE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS- CoV- 2 DA CONSEGNARE AL RESPONSABILE DELLA SOCIETÀ ALL'ARRIVO PRESSO L'IMPIANTO SPORTIVO PRIMA DI ACCEDERVI

li/la sottoscritto/a

nato a _____ il *I* *I*

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato a _____ il *I* *I*

e residente in _____

Indirizzo e-mail: _____ Tel.: _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data / /

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

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"/>

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati CDVI <input type="checkbox"/> 19 [tampone positivo]	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI con familiari di casi sospetti	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"/>

Ulteriori dichiarazioni

Autorizzo la Società per la quale sono tesserato ed esclusivamente per le gare ufficiali anche la Società awersaria, al trattamento dei miei dati particolari concernente il mio stato di salute ed alla loro conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data / /

Firma _____