

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI
(Da visionare da parte del medico Sociale o il Referente COVID-19)



IO SOTTOSCRITTO:

NOME:	COGNOME:
-------	----------

VISITA DI IDONEITÀ AGONISTICA CON SCADENZA CERTIFICATO IN DATA _____
VISITA DI IDONEITÀ NON AGONISTICA CON SCADENZA CERTIFICATO IN DATA _____
(per i minori di anni 11)

DICHIARO DI AVER 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"/> |
| • 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"/> |

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTO CON CASI ACCERTATI COVID 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 CASI DI FAMILIARI 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"/>
PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI con casi accertati/sospetti se sì dove? In provincia <input type="checkbox"/> in regione <input type="checkbox"/> in Italia <input type="checkbox"/> all'estero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**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 indentificato/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

prendo atto che la società A.S.D. MY BASKET GENOVA si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

Data _____ Firma _____
Firma _____

N.B. In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale