



DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE  
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE 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 IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA .....  
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' 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       NO   
• Tosse                      SI       NO

• Stanchezza              SI       NO   
• Mal di gola              SI       NO   
• Mal di testa              SI       NO   
• Dolori muscolari      SI       NO   
• Congestione nasale    SI       NO   
• Nausea                    SI       NO   
• Vomito e diarrea        SI       NO   
• **Perdita olfatto e gusto**    SI       NO   
• Congiuntivite            SI       NO

**NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**

**CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19** (tampone positivo)      SI       NO   
**CONTATTI CON CASI SOSPETTI**      SI       NO   
**CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI**      SI       NO   
**CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI** (no tampone)      SI       NO   
**CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI** (no tampone)      SI       NO   
SEI ATTUALMENTE NELLE CONDIZIONI PER LE QUALI LE DISPOSIZIONI GOVERNATIVE  
IMPONGONO OBBLIGHI E LIMITAZIONI DI MOVIMENTO E CIRCOLAZIONE?      SI       NO   
**FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI**      SI       NO   
Se si dove  IN PROVINCIA     IN REGIONE     IN ITALIA     ESTERO

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI  
ESPOSIZIONE AL COVID-19

.....

i/l/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto propria 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 al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato delle misure prese all'interno dell'impianto per il contenimento del rischio di contagio e si obbliga ad informare tempestivamente la società sportiva nel caso cambiasse una o più condizioni di quelle comunicate precedentemente nel presente modulo.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_