

Allegato 01/C-19

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE**

**INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA
RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

Il/La sottoscritto/a Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a in via cap pr\_\_\_\_

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

■ VISITA DI IDONEITA’ SPORTIVA/AGONISTICA con certificato in data

■ SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA’ SPORTIVA/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 | SI | NO |
| ■ Perdita di olfatto e gusto | SI | NO |
| ■ Congiuntivite | SI | NO |
| ■ Diarrea | 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** |
| ■ | Proviene da un **VIAGGIO ALL’ESTERO 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

**□** *il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 diattività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)*

*□ autorizzo(indicare la denominazione dell’associazione/società sportive) 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.*

**Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**