

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE 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 identificato/a attesto 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 (art. 46 DPR 445/2000).

Qualora in futuro la situazione dovesse mutare, mi impegno a comunicare tempestivamente le variazioni e a compilare nuovamente la presente dichiarazione.

Data _____

Firma dell'atleta o di chi esercita la
responsabilità genitoriale per gli atleti minorenni
