



AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE
RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI

Nome: _____ Cognome: _____

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' 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

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID19 (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
 - PROVENIE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? SI NO
 - FREQUENTAZIONE DI AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI NO
- Se di dove: in Provincia in Regione in Italia
 Estero

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE: _____

Io sottoscritto/a _____ genitore di _____ 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.

Autorizzo *SCHERMABRESCIA SRL* al trattamento dei dati personali 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 _____