

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (PRIMA ANAMNESI)

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE? **SI** **NO**

HA RISCONTRATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI	NO	TOSSE	SI	NO	FARINGODINIA	SI	NO
RINITE	SI	NO	DIARREA	SI	NO	CONGIUNTIVITE	SI	NO
ANOSMIA	SI	NO	DISGEUSIA	SI	NO			

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19.

SI **NO**

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE PRESENZA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIU' DI 15 MINUTI AD UNA DISTANZA INFERIORE A DUE METRI; ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI; VIAGGIO AEREO A DISTANZA MINORE O UGUALE A DUE POSTI)

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

- Io sottoscritto/a come sopra identificato/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.
- Autorizzo _____ al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____ firma _____

in caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà