



**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-COV-2**

MODULO ACCOMPAGNATORE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (_____)
residente a _____ (_____), via _____
e identificato a mezzo documento di identità _____ nr. _____
in corso di validità. Numero di telefono _____ email _____
In caso di atleti minori, genitore di _____
nato/a il _____ a _____ residente a _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37,5°	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Tosse	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Stanchezza	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Mal di gola	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Mal di testa	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Congestione Nasale	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nausea	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Vomito	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Diarrea	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Eventuale esposizione al contagio

Contatti con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Contatti con casi sospetti	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Contatti con familiari di casi sospetti	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Proveniente da viaggi all'estero	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Frequenzazione di ambienti sanitari con casi accertati/sospetti (*)	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

(*) Se sì dove: (Provincia, regione, 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 di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo FULL OF ENERGY 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.

Luogo e data _____ Firma _____