



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

**MODULO ATLETA**

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**

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