

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO MINIBASKET (ANAMNESI SETTIMANALE)

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL
RISPETTO DELLA PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?
SI NO

HA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

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

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA 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 COMPRESA 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/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

☐ Io sottoscritto, 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 di minibasket.

☐ Autorizzo _____ al trattamento dei 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 _____ luogo _____

firma di chi esercita la patria potestà _____