



A.S. DiL. Basket Costa

Cod. F.I.P. e C.O.N.I. 6237

Via G. Di Vittorio 4, 23845 COSTA MASNAGA (LC)

C.F./ P.IVA 01417790134

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI (Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____

DICHIARA QUANTO SEGUE:

•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

•Diarrea SI NO

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

•CONTATTI con casi accertati COVID 19 (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

•Proviene da un VIAGGIO ALL'ESTERO SI NO

•FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI con casi accertati/sospetti SI NO

Se si dove:

IN PROVINCIA IN REGIONE IN 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/a attesta 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

Autorizzo inoltre A.S. DiL. Basket Costa 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.

Data _____

Firma _____