



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 COVID-19 AUTOCERTIFICAZIONE e MONITORAGGIO (anamnesi settimanale)

Nome _____ Cognome _____ Data _____

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 CONFERMATO CON TAMPONE?	SI	NO	DIARREA	SI	NO
•HA RICONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?			ANOSMIA	SI	NO
FEBBRE	SI	NO	DISGEUSIA	SI	NO
TOSSE	SI	NO	HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19	SI	NO
FARINGODINIA	SI	NO	(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESENZA 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)		
RINITE	SI	NO			
CONGIUNTIVITE	SI	NO			

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 ASD 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. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____

firma _____

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



FEMMINILE	MASCHILE
27 Finali Naz	9 Campionati
43 Interzona	Eccellenza Reg.
16 Titoli Reg	14 Titoli Prov.