

Allegato 1

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-19  
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 \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

DICHIARA QUANTO SEGUE

▪

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| ▪ Febbre >37,5°              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tosse                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Stanchezza                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Mal di gola                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Mal di testa               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Dolori muscolari           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Congestione nasale         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Nausea                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Vomito                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Congiuntivite              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Diarrea                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- |  |   |
|--|---|
| ▪ CONTATTI con casi accertati COVID 19                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ CONTATTI con casi sospetti                                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ CONTATTI con familiari di casi sospetti                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ CONTATTI con febbre o sintomi influenzali                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Proviene da un VIAGGIO ALL'ESTERO                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI con casi accertati/sospetti | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

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

---

---

---

Da compilare solo per gli atleti

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 inoltre \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_