

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: **ASD POSL**

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
 INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2
 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI/LEZIONI

NOME

COGNOME

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA
 SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....
 (nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Agonistica).

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 olfatto/gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO (sempre negli ultimi 14gg)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo) | 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 (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) | | |
| 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 sì dove? <input type="checkbox"/> IN PROVINCIA <input type="checkbox"/> IN REGIONE <input type="checkbox"/> IN ITALIA <input type="checkbox"/> 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 e non. Mi impegno inoltre a comunicare tempestivamente a posl@asdposl.it qualsiasi variazione.

autorizzo ASD POSL 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 (genitore per il minore) _____