



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (PRIMA ANAMNESI)

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____ N. Tel. _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI PRIVACY

ANAMNESI COVID -19

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?

SI NO

HA RISCONTRATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	TOSSE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FARINGODINIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	RINITE	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"/>
ANOSMIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DISGEUSIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI 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 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*

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 _____ 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.