



**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-COV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

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°	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Tosse	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Stanchezza	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Mal di gola	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Mal di testa	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Dolori muscolari	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Congestione nasale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Nausea	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Vomito	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Perdita di olfatto e gusto	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Congiuntivite	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo) Sì No
CONTATTI CON CASI SOSPETTI Sì No
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI Sì No
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) Sì No
CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) Sì No

PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? Sì No

FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI Sì No

Se sì 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

.....

Io sottoscritto/a _____, avente la patria potestà del minore citato (campi NOME +COGNOME) come sopra identificato 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 ospitante ed alla pratica di attività sportive. Mi impegno a comunicare tempestivamente alla Società ogni variazione relativa alle dichiarazioni sopra rese.

Autorizzo Imperia Basket Riviera dei Fiori al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data _____ Firma _____