

FEDERAZIONE ITALIANA \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE  
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2  
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI  
(Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)**

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 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 (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)       | 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

.....

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.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_