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

ASSOCIAZIONE ASD CENTRO YOGA ANAHATA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il_____

e residente a _____in via_____

CF: _____ N° tesseramento presso questa asd/ssd _____

DICHIARA QUANTO SEGUE:

☐ per me stesso; ☐ per il minore di cui detengo la podestà genitoriale:

Cognome e nome Minone _____

data e comune di nascita _____

C.F. Minore _____

- Visita medico sportiva in data __/____/_____ con scadenza certificato __ /__ /____

- Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

▪ Febbre >37,5°	SI ☐ NO ☐	▪ Tosse	SI ☐ NO ☐
▪ Stanchezza	SI ☐ NO ☐	▪ Mal di gola	SI ☐ NO ☐
▪ Mal di testa	SI ☐ NO ☐	▪ Dolori muscolari	SI ☐ NO ☐
▪ Congestione nasale	SI ☐ NO ☐	▪ Nausea	SI ☐ NO ☐
▪ Vomito	SI ☐ NO ☐	▪ Perdita di olfatto e gusto	SI ☐ NO ☐
▪ Congiuntivite	SI ☐ NO ☐	▪ Diarrea	SI ☐ NO ☐

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo) SI ☐ NO ☐
- CONTATTI con casi sospetti SI ☐ NO ☐
- CONTATTI con familiari di casi sospetti SI ☐ NO ☐
- CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ☐ NO ☐
- CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ☐ NO ☐
- Proviene da un VIAGGIO ALL'ESTERO SI ☐ NO ☐
- FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI con casi accertati/sospetti SI ☐ NO ☐

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

_____

_____

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 la ASD/SSD _____ 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 _____