

PER ATLETA (se minore da sottoscrivere da parte di un genitore)
**SCHEDE AUTOCERTIFICAZIONE DI VALUTAZIONE INFEZIONI
VIE RESPIRATORIE SUGGERITE RISCHIO COVID
PRELIMINARE ALL'AMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

NOME _____ COGNOME _____

VISITA DI IDONEITÀ SPORTIVA CON CERTIFICATO IN DATA _____

SCADENZA CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA _____

(inserire i dati solo se conosciuti)

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"/> |
| - Raffreddore | 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"/> |
| - 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"/> |

NOTIZIE SU EVENTUALI ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID (tamponi positivi) SI NO

CONTATTI CON CASI SOSPETTI SI NO

CONTATTI CON FAMIGLIE DI CASI SOSPETTI SI NO

CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI SI NO

PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? SI NO

se SI dove? _____

FREQUENTAZIONI AMBIENTI SANITARI con casi accertati / sospetti SI NO

IO SOTTOSCRITTO _____ IN QUALITÀ DI _____

DELL'ATLETA _____ ATTESTO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE QUANTO 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 AGONISTICA.

AUTORIZZO LA **SOCIETÀ GINNICA AURORA** AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI AL MIO STATO DI SALUTE CONTENUTI IN QUESTO MODULO ED ALLA CONSERVAZIONE AI SENSI DEL REG. 2016/679 E DELLA NORMATIVA NAZIONALE VIGENTE.

FIRMA _____

