

**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 rilasciato in data/...../..... con scadenza il/...../..... (documento da consegnare in segreteria). Nel caso di ATLETI che non praticano attività agonistica va rilasciato in segreteria il certificato medico NON Agonistico

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi attualmente riferibili all'infezione da COVID-19 (tra cui temperatura corporea uguale o maggiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazioni del gusto e dell'olfatto)?

 SI **NO****NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**

Ha avuto, a sua conoscenza, contatti con casi accertati COVI19 (tampone positivo), con casi sospetti, con familiari di casi sospetti, con conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)?

 SI **NO**

FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI con casi accertati/sospetti

 SI **NO****ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL
SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID 19**

La presente dichiarazione è valida dalla data della firma e fino al cambio dello stato di salute la cui comunicazione è a cura e responsabilità del firmatario.

- 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 S.S.D.S. MENS SANA 1871 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* _____

**indicare il nome del firmatario se diverso dal dichiarante (genitore e/o tutore legale):*

NOME e COGNOME _____ in qualità di _____