

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO**

(ANAMNESI SETTIMANALE)

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE CERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

HAI AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?

SI NO

HAI RICONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE SI NO

CONGIUNTIVITE SI NO

TOSSE SI NO

DIARREA SI NO

FARINGODINIA SI NO

ANOSMIA SI NO

RINITE SI NO

DISGEUSIA SI NO

HAI AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA CONTATTO STRETTO CON UN CASO DI COVID-19?

SI NO

(contatto stretto: stessa abitazione; stringere la mano; contatto diretto con secrezioni; contatto faccia a faccia oppure compresenza in ambiente chiuso per più di 15 minuti ad una distanza inferiore a due metri; assistenza sanitaria senza DPI; viaggio aerea a distanza minore o uguale a due posti).

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

- 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 personali relativo allo stato di salute contenuto in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____

firma _____

In caso di minori, firma chi esercita la patria potestà