



MI PIACE SE TI MUOVI A.S.D.

AUTODICHIARAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALL'ACCESSO AI CENTRI ESTIVI

NOME:

COGNOME:

Hai avuto negli ultimi 14 giorni:

| | |
|----------------------------|-------|
| 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 gusto e olfatto | SI NO |
| Congiuntivite | SI NO |

Notizie su eventuali esposizioni al contagio:

| | |
|--|-------|
| Contatti con casi accertati di Covid-19 | SI NO |
| Contatti con casi sospetti | SI NO |
| Contatti con familiari di casi sospetti | SI NO |
| Conviventi con febbre o sintomi influenzali | SI NO |
| Contatti con febbre o sintomi influenzali | SI NO |
| Proviene da un viaggio all'estero | SI NO |
| Frequenzazione ambienti sanitari con casi accertati/sospetti | SI NO |

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 la Società 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 ed alla normativa nazionale vigente.

Data

Firma