



## MI PIACE SE TI MUOVI A.S.D.

### AUTODICHIARAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI

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
Frequentazione 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 \_\_\_\_\_