



A.S.D. Circolo della Scherma Pettorelli

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

(Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)

| | |
|-------|----------|
| NOME: | COGNOME: |
|-------|----------|

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA

SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....

(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Agonistica)

È stato affetto da COVID? SI NO

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

Febbre > 37,5°

Tosse

Stanchezza

Mal di gola

Mal di testa

Dolori muscolari

SI NO

Congestione nasale

Nausea

Vomito

Perdita di olfatto e gusto

Congiuntivite

Diarrea

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID19

SI NO

PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS

SI NO

**ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL
SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19**

.....

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 particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

data _____ firma _____

Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso quanto indicato nel documento "**Gestione Sala di Scherma e tutela salute dei tesserati**" redatto dalla A.S.D. Pettorelli Piacenza per la ripresa degli allenamenti

data _____ firma _____