



FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE 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) .

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- 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 olfatto e gusto SI NO
- Congiuntivite SI NO

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tamponi positivi) SI NO
 - CONTATTI CON CASI SOSPETTI SI NO
 - CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI NO
 - CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tamponi) SI NO
 - CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tamponi)

 - PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? SI NO
 - FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI NO
- Se si dove IN PROVINCIA IN REGIONE IN ITALIA ESTERO

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 _____