

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2

NOME _____

COGNOME _____

E' 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
- Congestione nasale
- Nausea
- Vomito
- Perdita di olfatto e gusto
- Congiuntivite
- Diarrea

SI

NO

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19
PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS

SI

NO

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.

Letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente modulo, dichiaro di

Dare il consenso Non dare il consenso

al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

data _____

firma _____