



FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA AMMISSIONE AI CORSI CIRCOLO SCHERMA IMOLA
(Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)**

NOME

COGNOME

VISITA DI IDONEITA' ATTIVITA' SPORTIVA CON CERTIFICATO IN DATA
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA.....
(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Sportiva)

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 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. **Il modulo presente rimane valido fino ad eventuali variazioni dello stato di salute qui sopra dichiarato.**

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 _____