



**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)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

- VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA con certificato in data<sup>1</sup> \_\_\_\_\_
- SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA<sup>1</sup> \_\_\_\_\_
- Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

▪ Febbre >37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

▪ Stanchezza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Dolori muscolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Congestione nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Nausea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Vomito	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Perdita di olfatto e gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Congiuntivite	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Diarrea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**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 tampone) SI  NO
  - **CONTATTI** con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI  NO
  
  - Proviene da un **VIAGGIO ALL'ESTERO** SI  NO
  - **FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI** con casi accertati/sospetti SI  NO
- Se sì dove:  IN PROVINCIA  IN REGIONE  IN ITALIA  ESTERO

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre \_\_\_\_\_ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) 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.

Il presente documento è composto da due pagine.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_