

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (PRIMA ANAMNESI)

NOME _____

COGNOME _____

LUOGO _____ DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATO CON TAMPONE? SI NO

HA RISCONTRATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE SI NO

TOSSE SI NO

FARINGODINIA SI NO

RINITE SI NO

CONGIUNTIVITE. SI NO

DIARREA SI NO

ANOSMIA SI NO

DISGEUSIA SI NO

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19? SI NO

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE PRESENZA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIU' DI 15 MINUTI AD UNA DISTANZA INFERIORE A DUE METRI; ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI; VIAGGIO AEREO A DISTANZA MINORE O UGUALE A DUE POSTI)

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

AUTOMONITORAGGIO CLINICO INDIVIDUALE

Dichiaro che effettuerò prima di ogni allenamento l'automonitoraggio dal punto di vista clinico. Qualora fosse rinvenuta la sintomatologia tipica da COVID 19, febbre oltre 37,5, presenza di tosse, dispnea, rinorrea, congiuntivite, faringodinia (mal di gola), iposmia (riduzione/assenza di olfatto), ageusia (riduzione/assenza di gusto), spossatezza e malessere generale, **NON parteciperò all'allenamento e sarò tenuto a darne notizia**, tempestivamente, al Referente o al Delegato alla vigilanza COVID nonché al proprio medico di fiducia o medico di base per l'attivazione delle procedure di indagine più approfondite.

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.

Dichiaro di aver letto e compreso i protocolli elaborati dalla Federazione Nazionale o EPS, dal Comune ed il DUVRI dell'Asd Sesto Senso Gassino.

Autorizzo Asd Sesto Senso Gassino al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____ firma _____

in caso di minori: firma di chi esercita la patria potestà (Indicare in stampatello Cognome e Nome)