AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19: AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO

NOME ALTETA_____

COGNOME ATLETA_____

DATA DI NASCITA ATLETA_____

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 confermata 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 compresenza 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

☐ 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 San Giuseppe SSD (SG.Sport Arese) 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 _____ NOME COGNOME GENITORE _____ FIRMA _____

DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA