

AUTOCERTIFICAZIONE
SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITO RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI

NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	CATEGORIA

DATA SCADENZA CERTIFICATO IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' AGONISTICA:	
--	--

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

Febbre >37,5°C	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"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	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 o gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID-19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI CON CASI SOSPETTI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

FREQUENTAZIONE DI AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI O SOSPETTI:

Se si dove: in Provincia in Regione in Italia Estero

**ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI
 CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19**

.....

- Il sottoscritto/a come sopra indicato/a attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra indicato 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;
- Il sottoscritto si impegna a segnalare ogni sintomo o evento che modifichi quanto dichiarato nella presente;
- Il sottoscritto solleva sin da ora Novara Basket ASD nella persona del suo Presidente da ogni responsabilità in caso di contagio da Covid-19;
- autorizzo Novara Basket ASD al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data.....

Firma (di entrambi i genitori per i minori)

.....
