



FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____

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

ALTRÉ 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.

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 _____