



A.S.D. PALLACANESTRO CEREА

allegato 3

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA AMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI CON CONTATTO

COGNOME E NOME

Ha avuto negli ultimi 14 giorni una diagnosi di Covid-19 confermata con tampone ? **SI** **NO**

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi ?

- | | | |
|------------------------------|----|----|
| • Febbre > 37,5 ° | SI | NO |
| • Congiuntivite | SI | NO |
| • Tosse | SI | NO |
| • Mal di gola | SI | NO |
| • Congestione nasale | SI | NO |
| • Diarrea e/o Vomito | SI | NO |
| • Perdita di olfatto e gusto | SI | NO |

Notizie su eventuali esposizioni al contagio

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo)	SI	NO
CONTATTI CON CASI SOSPETTI o 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
FREQUENTAZIONI AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI	SI	NO

Se si dove in provincia in Veneto in Italia all'estero

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

AL COVID-19 (descrivere) _____

Io sottoscritto/a _____ come sopra identificato/a

oppure in caso di atleta minorenni, come genitore di _____

- 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, qualsiasi variazione a quanto dichiarato sarà immediatamente comunicata alla società Pallacanestro Cerea
- autorizzo 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 vigente

DATA _____ FIRMA _____