



A.S.D. PALLACANESTRO CEREÀ

allegato 2

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

COGNOME E NOME

scadenza certificato medico idoneità sportiva

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 sì 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 _____