



# A.S.D. PALLACANESTRO CEREA

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE  
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE RISCHIO SARS-CoV-2  
PRELIMINARE ALLA AMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI  
PRESSO IL CENTRO SPORTIVO QUARTIERE SAN ZENO

## COGNOME E NOME - ATLETA

Ha avuto negli ultimi 14 giorni una diagnosi di positività al Covid-19 ?

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 \_\_\_\_\_