



AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-COV-2

MODULO PER ACCOMPAGNATORI

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (____)
residente a _____ (____), via _____
e identificato a mezzo documento di identità _____
nr. _____ in corso di validità.
Numero di telefono _____ email _____
In caso di *minori*, genitore di _____
nato/a il _____ a _____ (____)
residente a _____ (____)

DICHIARA QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni:

- | | | | |
|--------------------|---|------------------------------|---|
| - Febbre > 37,5° | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | - Congestione Nasale | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| - Tosse | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | - Nausea | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| - Stanchezza | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | - Vomito | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| - Mal di gola | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | - Perdita di olfatto e gusto | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| - Mal di testa | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | - Congiuntivite | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| - Dolori muscolari | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | - Diarrea | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

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"/> |
| - Proveniente da viaggi all'estero | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| - Frequentazione di ambienti sanitari con casi accertati/sospetti (*) | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

(*) Se sì dove: (Provincia, regione, Italia, estero) _____

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al Covid-19: _____

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000). Autorizzo The Real B-Team ASD 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 nazionale vigente.

Luogo e Data _____

Firma _____