*Asd. Centro Sportivo Solbiatese*

*Asd.C.S.Solbiatese*

 Via A. De Curtis,1 -21052- Busto A. (VA) Cell. 349 26 22 384

 e-mail cs.solbiatese@gmail.com Facebook: Centro Sportivo Solbiatese

sito Web: <http://cssolbiatese.altervista.org>

# AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE

**INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA**

**RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

Il/La sottoscritto/a Nato/a a residente a in via cap pr

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

* VISITA DI IDONEITA’ SPORTIVA/AGONISTICA con certificato in data
* SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA’ SPORTIVA/AGONISTICA
* Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

|  |  |
| --- | --- |
| * Febbre >37,5°
 | SI NO |
| * Tosse
 | SI NO |
| * Stanchezza
 | SI NO |
| * Mal di gola
 | SI NO |
| * Mal di testa
 | SI NO |
| * Dolori muscolari
 | SI NO |
| * Congestione nasale
 | SI NO |
| * Nausea
 | SI NO |
| * Vomito
 | SI NO |
| * Perdita di olfatto e gusto
 | SI NO |
| * Congiuntivite
 | SI NO |
| * Diarrea
 | SI NO |

**NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**

|  |
| --- |
| * **CONTATTI** con casi accertati COVID 19 (tampone positivo) SI NO
 |
| * **CONTATTI** con casi sospetti SI NO
 |
| * **CONTATTI** con 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
* **FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI** con casi accertati/sospetti SI NO
 |

Se si dove: □ IN PROVINCIA □ IN REGIONE □ IN 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(indicare la denominazione dell’associazione/società sportive) 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.

# Data Firma