

ALLEGATO "B"



Triage Rischio Covid-19 - SCHEDA VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO

compilare e consegnare all'allenatore prima di iniziare l'allenamento. L'autocertificazione deve essere consegnata ogni **14 GIORNI**, senza di essa l'atleta non potrà entrare e fare allenamento.

Il/la sottoscritto/a _____ nato il ___/___/___
a _____ e residente _____

In caso di atleti minori genitore di: _____
nato il ___/___/___ a _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificate di idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data ___/___/___

Sintomi accertati negli ultimi 14 giorni

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 olfatto o gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID19 (tampone positivo)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

Diagnosi accertata di SARS-CoV-2

Caso positivo asintomatico	SI	NO
Caso positivo sintomatico	SI	NO
Caso positivo a lungo termine	SI	NO

Ulteriori dichiarazioni _____

Il/la sottoscritto/a come sopra indicato attesto sotto mia responsabilità che quanto dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in elazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportive ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 DPR n. 446/2000)

Autorizzo inoltre ASD ARGETANA al trattamento dei miei dati particolari relative allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normative nazionale vigente.

Data ___/___/___

Firma _____