



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

**MODULO ATLETA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

In caso di atleti minori, genitore di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni	
Febbre > 37,5°	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Congestione Nasale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nausea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Vomito	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Eventuale esposizione al contagio	
<b>Contatti</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Contatti</b> con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Contatti</b> con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Conviventi</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Contatti</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Proveniente da <b>viaggi all'estero</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Frequenzamento di ambienti sanitari</b> con casi accertati/sospetti (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(\*) Se si dove: In provincia  - In regione   
In Italia  - All'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 e alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo A.S.D. VELO CLUB BRIXIA 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 \_\_\_\_\_