



DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE  
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2  
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI  
(Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)**

NOME

COGNOME

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA .....  
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....  
(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità 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 e diarrea SI ☐ NO ☐  
• Perdita olfatto e gusto SI ☐ NO ☐  
• Congiuntivite 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 ☐  
SEI ATTUALMENTE NELLE CONDIZIONI PER LE QUALI LE DISPOSIZIONI GOVERNATIVE  
IMPONGONO OBBLIGHI E LIMITAZIONI DI MOVIMENTO E CIRCOLAZIONE? SI ☐ NO ☐  
**FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI** CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI ☐ NO ☐  
Se sì 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 attesta sotto propria 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.
- ☐ 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 nazionale vigente.
- ☐ il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato delle misure prese all'interno dell'impianto per il contenimento del rischio di contagio e si obbliga ad informare tempestivamente la società sportiva nel caso cambiasse una o più condizioni di quelle comunicate precedentemente nel presente modulo.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_