



## AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

### AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI SETTIMANALE)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CATEGORIA \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2020

(la presente autocertificazione verrà mantenuta agli atti della società nel rispetto della privacy)

#### ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?  SI  NO

HA RISCONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI ?

FEBBRE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MAL DI GOLA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RINITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONGIUNTIVITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIARREA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PERDITA DELL'OLFATTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PERDITA DEL GUSTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19?  SI  NO

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESENZA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIU' DI 15 MINUTI AD UNA DISTANZA INFERIORE A DUE METRI; ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI; VIAGGIO AEREO A DISTANZA MINORE O UGUALE A DUE POSTI)

## AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

### QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, attesto sotto la 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.

Autorizzo BASKET CLUB SAN SPERATE al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2020

firma \_\_\_\_\_

in caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà