

FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO

DENOMINAZIONE SOCIETÀ SPORTIVA: **A.D. BASKET FEMMINILE MILANO**

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

NOME _____ COGNOME _____

VISITA IDONEITÀ AGONISTICA/NON AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA _____

SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITÀ AGONISTICA/NON 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 COVID19 (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 O SOSPETTI | SI ☐ | NO ☐ |
| SE SÌ DOVE?: ☐ IN PROVINCIA ☐ IN REGIONE ☐ IN ITALIA ☐ ALL'ESTERO | | |

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN RELAZIONE AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19

La sottoscritta _____ /I sottoscritti _____ e
_____, genitori della minore _____

- ☐ consapevole/consapevoli 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 e non), attesta/attestano, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;
- ☐ autorizza/autorizzano il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questa dichiarazione e la conservazione degli stessi, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente; e
- ☐ dichiara di essere stata informata/dichiarano di essere stati informati e di aver preso visione delle misure adottate all'interno dell'impianto per il contenimento del rischio di contagio.

Luogo e data

Firma dell'atleta o dei genitori se minorenni