

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO
(PRIMA ANAMNESI)

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

NUMERO DI TELEFONO _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE SARÀ MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETÀ NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE? SI NO

HA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
FARINGITE	<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
ALTERAZIONE DELL'OLFATTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ALTERAZIONE DEL GUSTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO CONTATTO STRETTO CON UN CASO
PROBABILE O 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 più 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 SOCIETÀ 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 la Soc. Cestistica Città di San Severo SSD a r.l. al trattamento dei miei dati personali relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eur. 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____

firma _____

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