

# AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO SETTIMANALE



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

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

## ANAMNESI COVID-19

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

HA RICONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI	NO
TOSSE	SI	NO
FARINGODINIA	SI	NO
RINITE	SI	NO
CONGIUNTIVITE	SI	NO
DIARREA	SI	NO
ANOSMIA	SI	NO
DISGEUSIA	SI	NO

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

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESA 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)

### SPAZIO DA COMPILARE SOLO PER CHI HA GIA' COMPIUTO 12 ANNI

HA PRATICATO CICLO VACCINALE COMPLETO? SI NO

(IN QUESTO GRUPPO RIENTRANO ANCHE COLORO CHE SIANO GUARITI DAL COVID ED ABBIANO EFFETTUATO UNA DOSE DI VACCINO DOPO I TRE MESI E NON OLTRE SEI MESI DALLA GUARIGIONE)

HA AVUTO INFEZIONE DAL COVID-19 DA MENO DI TRE MESI? SI NO

NON HA PRATICATO CICLO VACCINALE NE' HA AVUTO INFEZIONE DA COVID-19 DA MENO DI TRE MESI?  
SI NO

HA ESEGUITO UN TAMPONE COME PREVISTO NELLE 48 ORE PRECEDENTI LA PARTITA CON ESITO NEGATIVO? SI NO

**QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL RESPONSABILE COVID 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 sportiva agonistica
- Autorizzo Heron Scsd 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 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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