



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO

NOME E COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

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

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATO CON TAMPONE? SI NO
DAL MESE DI GENNAIO AD OGGI, O DURANTE IL COVID-19 HA AVUTO UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?
FREBBRE SI NO
TOSSE SI NO
FARINGODINIA SI NO
RINITE SI NO
CONGIUNTIVITE SI NO
DIARREA SI NO
ANOSMIA SI NO
DISGEUSIA SI NO

DA GENNAIO AD OGGI 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 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).

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 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 l'AZZURRA BASKET al trattamento dei miei dati personali 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