

## AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

### AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI SETTIMANALE)

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

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

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE SARA' CONSERVATA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

---

#### ANAMNESI COVID-19

NELL'ULTIMA SETTIMANA HA AVUTO UNA DIAGNOSI COVID-19 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
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

NELL'ULTIMA SETTIMANA HA AVUTO 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 AI 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/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (genitore/atleta maggiorenne), 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 di minibasket.

Autorizzo \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del RGPD 2016/679.

Luogo, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma (atleta maggiorenne o di chi esercita la responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_