



DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: **PMS SRL**

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE**

**SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2PRELIMINARE**

NOME	COGNOME
------	---------

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA.....

SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....

(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla autocertificazione di Idoneità Agonistica)

**DICHIARO DI NON ESSERE SOTTOPOSTO ALLA MISURA DI QUARANTENA E DI NON ESSERE RISULTATO POSITIVO AL COVID-19 di cui articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri**

**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

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO, PER QUANTO DI PROPRIA CONOSCENZA

- 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 PERSONE CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)** SI  NO
  - PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?** SI  NO
  - FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI** SI  NO
- Se si dove  IN PROVINCIA  IN REGIONE  IN ITALIA  ESTERO

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

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 PMS SRL al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta (se maggiorenne) \_\_\_\_\_

Firma del genitore (se atleta minorenni) \_\_\_\_\_