

## AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

### AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI 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 RISCOSTRATO 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 UN CASO CONFERMATO DI COVID-19?  
SI NO

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI;  
CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE PRESENZA 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 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 \_\_\_\_\_ 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