

**FITeT - FEDERAZIONE ITALIANA TENNISTAVOLO**
**DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA:** \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE**  
**INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE RISCHIO SARS-CoV-2**  
**PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**  
 (Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)

**NOME**
**COGNOME**
**VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA .....**
**SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....**

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

**Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?**

- |                              |                             |                             |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Febbre >37,5°              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Tosse                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                        |                             |                             |
| • Stanchezza                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Mal di gola                | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Mal di testa               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Dolori muscolari           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Congestione nasale         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Nausea                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Vomito                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Congiuntivite              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

**NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo)   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON CASI SOSPETTI  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                             |                             |
| PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Se si dove <input type="checkbox"/> IN PROVINCIA <input type="checkbox"/> IN REGIONE <input type="checkbox"/> IN ITALIA <input type="checkbox"/> ESTERO |                             |                             |

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

.....

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_