



## AUTODICHIARAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI DA COVID 19

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, CF.: \_\_\_\_\_,  
 utenza telefonica \_\_\_\_\_. In qualità di \_\_\_\_\_  
 (Genitore, Atleta, Allenatore, Tecnico, Insegnante, Operatore, collaboratore)  
 (Nel caso di Genitore) dell'atleta \_\_\_\_\_, CF.: \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali e civili previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 496 c.p.)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

**Per sé e, nel caso di minore, per lo stesso**

- Di essere a conoscenza che nel caso in cui al rilevamento preliminare della temperatura risultasse un'alterazione con febbre uguale o superiore ai 37,5° non sarà consentito di accedere alle strutture e prendere parte all'attività.
- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID 19, ovvero ha ottenuto un certificato di guarigione rilasciato dalle autorità competenti e si è sottoposto a nuova visita di idoneità all'attività sportiva agonistica/non agonistica (secondo normativa vigente) che verifichi l'effettivo stato di salute dopo il decorso della malattia.
- Di non essere in regime di quarantena fiduciaria
- Che negli ultimi 14 (quattordici) giorni:

<b>DOMANDA (mettere una X sulla risposta)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
• È stato in stretto contatto con persone affette da COVID 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• È stato in stretto contatto con casi sospetti a rischio contagio da COVID 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• È stato a stretto contatto con familiari di persone affette o sospette di contagio da COVID 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID 19, tra cui: Febbre = o > 37,5 - Tosse Stanchezza - Mal di gola Mal di testa - Dolori muscolari Congestione nasale - Nausea Vomito - Perdita di olfatto e/o gusto Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NOTIZIE SULL'EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO</b>		
• <b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID 19 (tampone positivi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>CONTATTI</b> con casi sospetti o in quarantena fiduciaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>CONTATTI</b> con familiari di casi accertati o sospetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>CONTATTI</b> con persone con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>PROVIENE</b> da un viaggio all'estero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI</b> con casi accertati e sospetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, dove: Provincia (    ); Regione (    ); Italia (    ); Estero (    ).		
Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischi di esposizione al COVID 19. _____		

Io sottoscritta/o come sopra identificata/o 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 dell'attività sportiva agonistica e non agonistica.

Autorizzo l'A.S.D. OSAL Novate al trattamento dei dati, compresi quelli sensibili relativi allo stato di salute, contenuti in questo modulo e acquisiti in occasione delle rilevazioni obbligatorie per l'accesso alle attività, e alla loro conservazione ai sensi del Reg. Eu. 2016/679 ed alla normativa nazionale vigente.

Novate Milanese, \_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_      Firma: \_\_\_\_\_