



**AUTODICHIARAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI DA COVID 19
(ANAMNESI SETTIMANALE)**

La/Il sottoscritta/o _____, CF.: _____
 utenza telefonica _____. In qualità di _____,
 (Genitore, Atleta, Allenatore, Tecnico, Insegnate, 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

- 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 all'atleta di prendere parte all'allenamento. In assenza di un genitore a cui riconsegnare il minore, lo stesso verrà posto sulle gradinate per tutta la durata dell'allenamento.
- Che non ha 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:

DOMANDA (mettere una X sulla risposta)	SI	NO
• È stato in stretto contatto con persone affette da COVID 19?	SI	NO
• È stato in stretto contatto con casi sospetti a rischio contagio da COVID 19?	SI	NO
• È stato a stretto contatto con familiari di persone affette o sospette di contagio da COVID 19	SI	NO
• 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	SI	NO
NOTIZIE SULL'EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO		
• CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivi)	SI	NO
• CONTATTI con casi sospetti o in quarantena fiduciaria	SI	NO
• CONTATTI con familiari di casi accertati o 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 e sospetti	SI	NO
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. _____		

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETÀ DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI.

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: _____