

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI SETTIMANALE)

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRÀ MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETÀ NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

Ha avuto nell'ultima settimana una diagnosi di Covid-19 confermata con tampone?

SI NO

Ha riscontrato 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 compresenza in ambiente chiuso per più di 15 minuti ad una distanza inferiore a due metri; assistenza sanitaria senza DPI; viaggio aereo a distanza minore o uguale a due posti)

Qualsiasi variazione a quanto dichiarato deve essere immediatamente comunicato alla società di appartenenza e deve essere contattato il medico sociale o il medico curante per 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 il Basket Osio Sotto ASD 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 chi esercita la patria potestà.