

AUTOCERTIFICAZIONE

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE ATTUALE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-COV-2 DA CONSEGNARE AL RESPONSABILE DELLA SOCIETÀ ORTIGARALEFRE ALL' ARRIVO PRESSO L'IMPIANTO SPORTIVO PRIMA DI ACCEDERVI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____ recapito telefonico _____

indirizzo mail _____ genitore del giovane calciatore minorenni

_____ nato a _____ il _____

tesserato per la Società **ASD ORTIGARALEFRE** di **OSPEDALETTO** recapito telefonico **4394681939**

DICHIARO QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre >37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Eventuali esposizioni 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"/>

Ulteriori dichiarazioni _____

Autorizzo la Società per la quale sono tesserato ed esclusivamente per le gare ufficiali anche la Società avversaria , al trattamento dei miei dati particolari concernenti il mio stato di salute ed alla loro conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente

Data _____

firma _____