



FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA
CAPITOLINA SCHERMA ASD
**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

E' stato affetto da COVID oppure ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- Febbre >37,5°
- Tosse
- Stanchezza
- Mal di gola
- Mal di testa
- Dolori muscolari
- Congestione nasale
- Nausea
- Vomito
- Perdita di olfatto e gusto
- Congiuntivite
- Diarrea

SI NO

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19 SI NO
PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS SI NO

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

.....
.....

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 del Centro estivo Municipale ed alla pratica di attività sportive.

autorizzo la CAPITOLINA SCHERMA asd 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.

Luogo e data

Firma genitori