



KLEB BASKET FERRARA – COD. FIP 050294

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE DELLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI
(da visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)**

NOME	COGNOME
NUMERO TEL. PER EVENTUALE CONTATTO:	

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 o gusto | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Congiuntivite | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE 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"/> | | |
| PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | |
| FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI (con casi accertati/sospetti) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | |
| Se SI dove: | <input type="checkbox"/> in Provincia | <input type="checkbox"/> in Regione | <input type="checkbox"/> in Italia | <input type="checkbox"/> Estero |

ALTRE NOTIZIE UTILI DA EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL 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 della struttura sportiva (Palasport di Ferrara).
- Autorizzo Kleb Basket Ferrara Ssd a rl al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Re. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data.....

Firma
(GENITORE in caso di atleta minorenni)