



**KLEB BASKET FERRARA – COD. FIP 050294**

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE  
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2  
PRELIMINARE DELL'AMMISSIONE ALL'EVENTO  
(da visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)**

<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>
<b>NUMERO TEL. PER EVENTUALE CONTATTO:</b>	

**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)