

AUTOCERTIFICAZIONE – SCHEDA DI VALUTAZIONE

PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI (sars-CoV-2)

Stagione Sportiva 2020/2021

--

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____
a _____ (____), residente a _____ (____), via _____
n.____, identificato a mezzo documento _____ nr. _____,
rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____.

--

Genitore di _____ nato a _____ il il ____ / ____ / ____.

(in caso di persona MAGGIORENNE non indicare nulla)

--

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA: _____

SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA: _____

(in caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di idoneità agonistica)



--

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNO DI QUESTI SINTOMI?

- Febbre >37.5° ----- SI NO
- Tosse ----- SI NO
- Stanchezza ----- SI NO
- Mal di gola ----- SI NO
- Mal di testa ----- SI NO
- Dolori muscolari ----- SI NO
- Congestione nasale ----- SI NO
- Nausea ----- SI NO
- Vomito ----- SI NO
- Perdita di olfatto o gusto -- SI NO
- Congiuntivite -----SI NO

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- CONTATTI CON CASI ACCERTATI DI COVID-19 (tampone positivo) ----- SI NO
- CONTATTI CON CASI SOSPETTI ----- SI NO
- CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI ----- SI NO
- CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) ----- SI NO
- CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) ----- SI NO

- PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO O FUORI DAL VENETO? -----SI NO
Se si, dove? _____
- FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI - SI NO
Se si, dove? - IN PROVINCIA - IN REGIONE - IN ITALIA - ESTERO

--

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

--

MI IMPEGNO AD INFORMARE IL MEDICO DI FAMIGLIA E IL COVID MANAGER IN CASO DI:

- Comparsa di temperatura oltre i 37.5
- Esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19
- Comparsa di qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto)

Mi impegno inoltre a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da linee guida istituzionali e di seguire il protocollo della Virtus Basket Padova S.S.D. a R.L. previsto per poter praticare attività sportiva presso le strutture utilizzate dalla società.

Autorizzo la misurazione della temperatura corporea, presso l'impianto sportivo ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, sino al termine dello stato d'emergenza.

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato/a attesta 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 Virtus Basket Padova S.S.D. a R.L. al trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Autorizzo Virtus Basket Padova S.S.D. a R.L. 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.

_____, _____

Firma _____