

## 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 \_\_\_\_\_