

## AUTOCERTIFICAZIONE Covid-19

Stagione Sportiva 2020/2021

--

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_ DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

### ANAMNESI COVID-19

• HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE? SI  NO

• HA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

- FEBBRE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	- TOSSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- FARINGITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	- RINITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	- DIARREA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- ALTERAZIONE OLFATTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	- ALTERAZIONE DEL GUSTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

• HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19? SI  NO

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIU' DI 15 MINUTI AD UNA DISTANZA INFERIORE A DUE METRI; ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI; VIAGGIO AEREO A DISTANZA MINORE O UGUALE A DUE POSTI)

### AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI.

Io sottoscritto, 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 ed alla pratica di attività sportive proposte da minibasket, Academy e settore giovanile agonistico.

Autorizzo Virtus Basket Padova S.S.D.a R.L. al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del RGPD 2016/679.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma interessato o di chi esercita la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_