|  |
| --- |
| **logo federscherma copia**FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA  |
| DENOMINAZIONE SOCIETA’ SPORTIVA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE****INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2PRELIMINARE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE COMPETIZIONI SCHERMISTICHE****(Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)** |
| NOME | COGNOME |
| VISITA DI IDONEITA’ ATTIVITA’ SPORTIVA CON CERTIFICATO IN DATA .......................................SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA’ SPORTIVA........................................................(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Sportiva)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **E’ stato affetto da COVID ?** | SI | ⬜ | NO | ⬜ |

**Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| • Febbre >37,5° |  |  |  |  |  |
| • Tosse |  |  |  |  |
| • Stanchezza |  |  |  |  |  |
| • Mal di gola |  |  |  |  |
| • Mal di testa | SI | ⬜ | NO | ⬜ |
| • Dolori muscolari |
| • Congestione nasale |  |  |  |  |
| • Nausea |  |  |  |  |
| • Vomito |  |  |  |  |
| • Perdita di olfatto e gusto |  |  |  |  |
| • Congiuntivite |  |  |  |  |
| • Diarrea |  |  |  |  |

 |
| NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTATTI CON** **SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19** | SI | ⬜ | NO | ⬜ |
| **PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS** | SI | ⬜ | NO | ⬜ |

 |
| ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| ⬜lo 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 ed alla pratica di attività sportive.⬜ letta e compresa l’informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente modulo, dichiaro di ⬜ Dare il consento ⬜ Non dare il consensoal trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente..data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |