|  |  |
| --- | --- |
| **logo federscherma copia**  FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA | |
| DENOMINAZIONE SOCIETA’ SPORTIVA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE**  **INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE 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 consenso  al 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |