

TRIAGE RISCHIO COVID-19 - SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEL SITO SPORTIVO

Per una seduta di allenamento:

Per una gara/evento/raduno:

Indicare gara/evento/raduno:

NOME E COGNOME:			
Tesserata FISR N.:		Ruolo (atleta, tecnico...)	

Il sottoscritto _____

tesserato maggiorenne genitore/tutore legale dell'atleta minorenni indicato

Allenatore/Dirigente *(solo in assenza del genitore/tutore del minore nelle giornate di gara)*

nato a _____ il _____ e residente in _____

DICHIARA CHE:

Nelle ultime due settimane

	SI	NO
-è stato in contatto stretto con casi accertati (vivi o deceduti)		
-è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio		
-è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti		
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)		

Al momento

	SI	NO
ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C		

_____ DATA E LUOGO

_____ FIRMA DELL'ATLETA
Del GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE
Del DIRIGENTE/ALLENATORE

Conferma della dichiarazione per allenamenti successivi (data e firma):

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

autorizzo _____ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) 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.