FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO

BASKET BEE SERMONETA

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI SETTIMANALE)

NOME _____

COGNOME _____

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	NO
TOSSE	SI	NO
FARINGITE	SI	NO
RINITE	SI	NO
CONGIUNTIVITE.	SI	NO
DIARREA	SI	NO
ALTERAZIONE DELL'OLFATTO	SI	NO
ALTERAZIONE DEL GUSTO	SI	NO

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 COMPRESENZA 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 di minibasket.

☐ Autorizzo _____ al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del RGPD 2016/679.

Data _____ luogo_____

firma di chi esercita la responsabilità genitoriale _____