



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

CELLULARE/MAIL _____

La presente autocertificazione verrà mantenuta agli atti della società nel rispetto della normativa vigente in materia di Privacy.

ANAMNESI COVID-19

HA RISCONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?			HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATO CON TAMPONE?	
FEBBRE	SI	NO		
TOSSE	SI	NO		
FARINGODINIA	SI	NO	SI	NO
RINITE	SI	NO		
CONGIUNTIVITE	SI	NO		
DIARREA	SI	NO		
ANOSMIA	SI	NO		
DISGEUSIA	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 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)

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

Io 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 agonistiche.

Autorizzo la società Pallacanestro Vicenza ssdl al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____ firma _____

in caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà