

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO

COGNOME _____ NOME _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI PRIVACY

Ha avuto nell'ultima settimana una diagnosi di COVID-19 confermata con tampone?

SI NO

Ha riscontrato nell'ultima settimana uno di questi sintomi?

Febbre	SI	NO	Tosse	SI	NO
Faringodinia	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 compresenza in ambiente chiuso per più 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 indicato/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 "ASD Nuovo Basket Altopascio" al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla conservazione ai sensi del Re. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo _____, data _____

Firma _____