

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO
(PRIMA ANAMNESI)

DATA DI COMPILAZIONE _____

NOME _____ **COGNOME** _____ **DATA DI NASCITA** _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' **NOVARA BASKET A.S.D.** NEL RISPETTO DELLA PRIVACY.

ANAMNESI COVID-19:

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE? SI NO

HA RISCONTRATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FARINGODINIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RINITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIARREA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ANOSMIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISGEUSIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI 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 RISPETTO 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 NOVARA BASKET A.S.D. 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