

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO
(PRIMA ANAMNESI)**

NOME

COGNOME

DATA

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
FARINGODINIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RINITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONGIUNTIVITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIARREA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ANOSMIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISGEUSIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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 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 ASD BASKET ISEO / PALLACANESTRO ISEO 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 chi esercita la patria potestà.

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO
(ANAMNESI SETTIMANALE)**

NOME

COGNOME

DATA

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

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA
DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE? SI NO

HA RISCONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

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

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA
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)

**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 ASD BASKET ISEO / PALLACANESTRO ISEO 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 chi esercita la patria potestà.