**A.S.D. BABY SANTOS**

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI**

**VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2**

**PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

***(la presente autocertificazione verrà mantenuta agli atti della Società***

***nel rispetto della normativa sulla privacy)***

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visita idoneità non agonistica con certificato rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ valido fino alla data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**Dichiaro di NON aver avuto diagnosi di COVID-19 confermata con tampone.**

**Dichiaro di NON avere riscontrato negli ultimi 30 giorni:**

* febbre > 37,5°
* dolori muscolari non strettamente connessi ad attività fisica
* rinite e congestione nasale
* tosse, faringodinia
* nausea e/o vomito
* perdita o indebolimento di olfatto e gusto (anosmia, disgeusia)
* congiuntivite e diarrea

**Dichiaro di NON avere notizie su esposizioni al contagio con:**

* casi accertati SARS-CoV-2 (tampone positivo)
* casi sospetti
* familiari di casi sospetti
* conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)
* contatti con soggetti con febbre o sintomi influenzali (no tampone)

**Dichiaro di NON provenire da un viaggio all'estero e di non essere stato sottoposto a regime di quarantena da parte delle Autorità Sanitarie.**

**Dichiaro di NON avere frequentato ambienti sanitari con casi accertati o sospetti.**

**Ulteriori notizie utili ad evidenziare elementi connessi al potenziale rischio di esposizione del dichiarante al SARS-CoV-2:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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, attesta, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Autorizza la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso il sito sportivo, ai fini della prevenzione dal contagio da SARS-CoV-2, l’implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell’art.1, n.7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato di emergenza.

Dichiara di essere stato/a informato/a e di aver preso visione delle misure adottate all’interno dell’impianto per il contenimento del rischio di contagio.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n° 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art.13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_