



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO

(ANAMNESI SETTIMANALE)

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA'
NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

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

HA RICONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI ? SI NO

FEBBRE

TOSSE

FARINGITE

RINITE

CONGIUNTIVITE.

DIARREA

ALTERAZIONE DELL'OLFATTO

ALTERAZIONE DEL GUSTO

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UN 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)

Io sottoscritto, 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 di minibasket.

Autorizzo la società Cestistica Pinerolo '87 al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del RGPD 2016/679.

Data _____

Luogo _____

Firma (in caso di minore di chi esercita la responsabilità genitoriale) _____