



TRIAGE RISCHIO COVID-19 - SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEL SITO SPORTIVO

CAMPIONATO NAZ.LE 1^ SEMIFINALE DI QUALIFICAZIONE – RICCIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ Tessera ACSI _____ Società _____

atleta maggiorenne; genitore/tutore dell'atleta minorenn(1) Allenatore/Dirigente

(1) nominativo del minore: _____ nato il: _____

DICHIARA CHE:

Nelle ultime due settimane

	SI	NO
è stato in contatto stretto con casi accertati (vivi o deceduti)		
è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio		
è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti		
se si è risposto SI ad una delle domande precedenti: ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento		
di aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)		

Al momento

	SI	NO
ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C		
è un professionista della salute quale: medici, infermieri, operatori del 118, o facente parte di altre tipologie di lavoro a rischio Covid-19		

Nell'ultimo anno

	SI	NO
ha avuto diagnosi di COVID-19		
se si è risposto SI alla domanda precedente: è stato dichiarato guarito (tampone con esito negativo) e, se atleta, ha ripetuto la visita medica;		
è stato sottoposto a quarantena/isolamento fiduciario per contatto con accertato caso positivo		
se si è risposto SI alla domanda precedente: ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento		

Negli ultimi mesi/giorni

	SI	NO
è stato sottoposto a vaccinazione		
se si è risposto SI alla domanda precedente: ha completato il ciclo vaccinale		

Data _____

Firma _____

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

autorizzo ACSI PATTINAGGIO (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.