

AUTOCERTIFICAZIONE / MONITORAGGIO SETTIMANALE COVID 19

COGNOME E NOME: _____

DATA: _____

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

Nell'ultima settimana:

- **HA AVUTO UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?** SI NO

- **HA RICONTRATO UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:** SI NO

FEBBRE

TOSSE/FARINGODINIA

RINITE

CONGIUNTIVITE

DIARREA

ANOSMIA

DISGEUSIA

- **HA AVUTO UN CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19:** SI NO

(definizione di contatto stretto: stessa abitazione, stretta di mano, contatto diretto con secrezioni, contatto faccia a faccia oppure compresenza in ambiente chiuso per più di 15 minuti a distanza inferiore a due metri)

autorizzo US AQUILA / EAGLES BASKET 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, sulla base delle procedure indicate nel documento esposto nella bacheca della società e sul retro di questo documento

DATA

FIRMA DELL'ATLETA (del genitore / tutore legale per i minorenni)

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.

DATA

FIRMA DELL'ATLETA (del genitore / tutore legale per i minorenni)

**QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE
COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO
IL MEDICO CURANTE PER ULTERIORI ACCERTAMENTI**