

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

**RADUNO INTERREGIONALE SINGOLO
18- OTTORE -2020
FORLI'**

NOME E COGNOME:			
Tessera FISR N.:		Ruolo (atleta, tecnico...)	

Il sottoscritto _____ (tesserato maggiorenne o genitore/tutore legale dell'atleta minorenni) nato a _____ il _____ e residente in _____

DICHIARA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19 nei precedenti 14 giorni;
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro... vivi o deceduti) nei precedenti 14 giorni;
- di non aver avuto contatti con casi sospetti o ad alto rischio COVID 19 nei precedenti 14 giorni;
- di non 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) nei precedenti 14 giorni;
- di non aver attualmente 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)

DATA

FIRMA DELL'ATLETA O DEL GENITORE/LEGALE
RAPPRESENTANTE PER MINORENNI

☐ 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 _____ (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.

FIRMA
