

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI SETTIMANALE)

COGNOME E NOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

ANAMNESI COVID-19

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

HA RISCONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI	NO
TOSSE	SI	NO
FARINGODINIA	SI	NO
RINITE	SI	NO
CONGIUNTIVITE.	SI	NO
DIARREA	SI	NO
ANOSMIA	SI	NO
DISGEUSIA	SI	NO



HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA 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/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.

Autorizzo _____ al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Letto e Accetto l'informativa Privacy sottoscritta in fase di iscrizione al Misano Camp 2021

Data _____



firma _____

In caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà

Modulo aggiornato al 22/06