

Autocertificazione per Eventi Etemenanki

SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE RISCHIO SARS-CoV-2

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

CF: _____

DICHIARA QUANTO SEGUE:

per me stesso; per il minore di cui detengo la podestà genitoriale:

Cognome e nome minore _____

Data e comune di nascita _____

C.F. minore _____

• Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- | | | | |
|----------------------|---|------------------------------|---|
| • Febbre >37,5° | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • Tosse | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • Mal di testa | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • Dolori muscolari | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • Congestione nasale | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • Nausea | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • Vomito | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • Diarrea | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- | | |
|--|---|
| • CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo) | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • CONTATTI con casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • CONTATTI con familiari di casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • Proviene da un VIAGGIO ALL'ESTERO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI con casi accertati/sospetti | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Se si dove: IN PROVINCIA IN REGIONE IN ITALIA ESTERO

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al Covid-19 _____

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 inoltre L'Associazione Ludico Culturale Etemenanki, il Concilio dei Cronotecari 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.

Data _____ Firma _____