##

##  TRIAGE RISCHIO COVID-19 - SCHEDA DI VALUTAZIONE

## ALL’INGRESSO DEL SITO SPORTIVO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Per una seduta di allenamento:** |  | **Per una gara/evento/raduno:** |  |
|  |  |  |  |
| **indicarne gara/evento/raduno:**  |  |

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

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 tesserato maggiorenne 🞎 genitore/tutore legale dell’atleta minorenne indicato

🞎 Allenatore/Dirigente *(solo in assenza del genitore/tutore del minore nelle giornate di gara)*

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 |  |  |
| - 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) |  |  |

Al momento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DATA E LUOGO FIRMA DELL’ATLETA

Del GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Del DIRIGENTE/ALLENATORE

**Conferma della dichiarazione per allenamenti successivi (data e 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*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.