

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DEL COMITATO NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?
SI NO

HA RICONTRATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI 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 NEGLI ULTIMI 14 GIORNI 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)

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUATA AL COMITATO REGIONALE FIP E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

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.

Autorizzo **IL CR FIP PIEMONTE** 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.

Data _____

firma _____