



FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE  
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2**

NOME

COGNOME

**E' stato affetto da COVID ?**

SI

NO

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

- Febbre >37,5°
- Tosse
- Stanchezza
- Mal di gola
- Mal di testa
- Dolori muscolari
- Congestione nasale
- Nausea
- Vomito
- Perdita di olfatto e gusto
- Congiuntivite
- Diarrea

SI

NO

**NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI**

**CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19**

SI

NO

**PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS**

SI

NO

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19

.....

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.

autorizzo \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_