



| | | |
|--|--|--------------------------|
|  | PIANO OPERATIVO DI AUTOCONTROLLO IGIENICO-SANITARIO IN FUNZIONE DEL CONTAGIO COVID19 ALLEGATO 2A | Rev.05 del 13/06/2020 |
| Emesso dall'ASD: MACERATA SCHERMA | Piano operativo di autocontrollo igienico-sanitario in funzione del contagio Covid19, in accordo al Protocollo delle modalità di svolgimento degli allenamenti nella disciplina della Scherma, in applicazione delle Linee-Guida ai sensi dell'art. 1, lettere e) e f) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 maggio 2020 e art. 1, lettere f) e g) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020. | Pagina: 1/1 |

ALLEGATO 2A – AUTOCERTIFICAZIONE

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
|  FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA | | | | |
| DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____ <p style="text-align: center;">AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI (Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)</p> | | | | |
| NOME | COGNOME | | | |
| <p style="text-align: center;">VISITA DI IDONEITA' ATTIVITA' SPORTIVA CON CERTIFICATO IN DATA</p> <p style="text-align: center;">SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA.....</p> <p style="text-align: center;">(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Sportiva)</p> <p>E' stato affetto da COVID ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Febbre >37,5° • Tosse • Stanchezza • Mal di gola • Mal di testa • Dolori muscolari • Congestione nasale • Nausea • Vomito • Perdita di olfatto e gusto • Congiuntivite • Diarrea </td> <td style="font-size: 4em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> | | <ul style="list-style-type: none"> • 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI | | | | |
| CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19 | | | | |
| <input type="checkbox"/> lo 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. <input type="checkbox"/> 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 _____ | | | |