

TRIAGE RISCHIO COVID-19  
SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO

**Spazio riservato per atleta maggiorenne** (se maggiorenne non compilare la parte Spazio riservato atleta minorenni)

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ atleta maggiorenne tesserato presso IL TRAGHETTINO s.c.s.d.

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**Spazio riservato per atleta minorenne**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_  
(Genitore/tutore legale dell'atleta minorenne)

COGNOME E NOME DEL MINORENNE \_\_\_\_\_  
(Atleta/Giocatore/Partecipante) tesserato presso Il Traghetino s.c.s.d.

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE	SI	NO
E' stato in contatto stretto con casi accertati negli ultimi 14 giorni		
E' stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio		
E' stato in contatto stretto con casi con familiari di casi sospetti		
E' stato in contatto stretto con casi		
Ha avuto negli ultimi 14 giorni una diagnosi di covid-19 confermata con tampone		
Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C		
E' stato vaccinato in data .....ed è in possesso del green pass	====	====
Ha effettuato in data .....il tampone rinofaringeo ed è risultato negativo	====	====

**DICHIARO**

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19
- Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro, Altro.....)
- Di non aver avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°C, tosse, faringodinia, rinite, congiuntivite, anosmia, disgeusia, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
- Di non manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).

Firma dell'Atleta o del Genitore/Tutore se minorenne

**Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente la Società Il Traghetino s.c.s.d. e contattare il medico sociale o il medico curante ad ogni variazione alla situazione sopra esposta.**

Io sottoscritto 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 agonistiche e non agonistiche. Autorizzo la Società **Il Traghetino s.c.s.d.** 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.

Cadelbosco di Sopra \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'Atleta o del Genitore/Tutore se minorenne