FIBS - FEDERAZIONE ITALIANA BASEBALL SOFTBALL

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: San Lazzaro 90 Baseball ASD

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)

NOME	COGNOME

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA .....

SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....

(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Agonistica) .

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

• Febbre >37,5°	SI ☐	NO ☐
• Tosse	SI ☐	NO ☐
• Stanchezza	SI ☐	NO ☐
• Mal di gola	SI ☐	NO ☐
• Mal di testa	SI ☐	NO ☐
• Dolori muscolari	SI ☐	NO ☐
• Congestione nasale	SI ☐	NO ☐
• Nausea	SI ☐	NO ☐
• Vomito e diarrea	SI ☐	NO ☐
• **Perdita olfatto e gusto**	SI ☐	NO ☐
• Congiuntivite	SI ☐	NO ☐

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI CON CASI SOSPETTI	SI ☐	NO ☐
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	SI ☐	NO ☐
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)		
PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?	SI ☐	NO ☐
FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI	SI ☐	NO ☐

Se si dove ☐ IN PROVINCIA ☐ IN REGIONE ☐ IN ITALIA ☐ ESTERO

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

.....

☐ i l /la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde a 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.

☐ le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n2016/79 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19. Con la sottoscrizione della presente l'interessato dichiara di aver preso visione e di accettare l'informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/79 qui di seguito.

☐ il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato delle misure prese all'interno dell'impianto per il contenimento del rischio di contagio e si obbliga ad informare tempestivamente la società sportiva nel caso cambiasse una o più condizioni di quelle comunicate precedentemente nel presente modulo.

data _____ firma _____

FIBS - FEDERAZIONE ITALIANA BASEBALL SOFTBALL

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: San Lazzaro 90 Baseball ASD

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)

I sottoscritti _____ genitori/tutori legali di

NOME	COGNOME

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA .....
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....
(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Agonistica) .

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

• Febbre >37,5°	SI ☐	NO ☐
• Tosse	SI ☐	NO ☐
• Stanchezza	SI ☐	NO ☐
• Mal di gola	SI ☐	NO ☐
• Mal di testa	SI ☐	NO ☐
• Dolori muscolari	SI ☐	NO ☐
• Congestione nasale	SI ☐	NO ☐
• Nausea	SI ☐	NO ☐
• Vomito e diarrea	SI ☐	NO ☐
• **Perdita olfatto e gusto**	SI ☐	NO ☐
• Congiuntivite	SI ☐	NO ☐

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI CON CASI SOSPETTI	SI ☐	NO ☐
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	SI ☐	NO ☐
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)		
PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?	SI ☐	NO ☐
FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI	SI ☐	NO ☐

Se si dove ☐ IN PROVINCIA ☐ IN REGIONE ☐ IN ITALIA ☐ ESTERO

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

.....

☐ i l/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto propria 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.

☐ le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n2016/79 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19. Con la sottoscrizione della presente l'interessato dichiara di aver preso visione e di accettare l'informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/79 qui di seguito.

☐ il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato delle misure prese all'interno dell'impianto per il contenimento del rischio di contagio e si obbliga ad informare tempestivamente la società sportiva nel caso cambiasse una o più condizioni di quelle comunicate precedentemente nel presente modulo.

data _____ firma genitore 1_____ firma genitore 2_____