



TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO

Il/La sottoscritto/a (atleta maggiorenne o genitore/tutore legale dell'atleta minorenni)

COGNOME	NOME	
NATO A	IL	
RESIDENTE IN	VIA	N°
Nella qualità di genitore/tutore di		

DICHIARA

che negli ultimi 14 giorni:

	SI	NO
- è stato in contatto stretto con casi accertati (vivi o deceduti)		
- è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio		
- è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti		
- ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°		

DATA E LUOGO

FIRMA DELL'ATLETA O DEL GENITORE/LEGALE
RAPPRESENTANTE PER MINORENNI

- il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 (art.46 DPR n 445/2000)
- autorizzo ASD SPORTISSIMA 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 E LUOGO

FIRMA DELL'ATLETA O DEL GENITORE/LEGALE
RAPPRESENTANTE PER MINORENNI
