## TRIAGE RISCHIO COVID-19 - SCHEDA DI VALUTAZIONE

## ALL’INGRESSO DEL SITO SPORTIVO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Per una seduta di allenamento: |  | Per una gara/evento: | **X** |
|  |  |  |  |
| Per gara, indicare l’Evento:  | **CAMPIONATO REGIONALE 1^ TAPPA – TREVISO 30/31gennaio 2021** |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME E COGNOME: |  |
| Tessera FISR N.: |  | Ruolo (atleta, tecnico…) |  |

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tesserato maggiorenne o genitore/tutore legale dell’atleta minorenne) nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19 nei precedenti 14 giorni;
* di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro… vivi o deceduti) nei precedenti 14 giorni;
* di non aver avuto contatti con casi sospetti o ad alto rischio COVID 19 nei precedenti 14 giorni;
* di non aver avuto sintomi riferibili all’infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto) nei precedenti 14 giorni;
* di non aver attualmente sintomi riferibili all’infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)

DATA 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 D.P.R. n. 445/2000)

**Il Comitato Regionale FISR del Veneto**

⬜ autorizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*indicare la denominazione dell’associazione/società sportiva*)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.