**TRIAGE RISCHIO COVID-19**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL’INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO/GARA/RADUNO**

 Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola (se tesserato FIsr)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 🞏 atleta maggiorenne; 🞏 genitore/tutore dell’atleta minorenne(1) 🞏 Allenatore/Dirigente (2)

*(2) solo in assenza del genitore/tutore legale del minore, nel 2° giorno di gara o di raduno e giorni successivi.*

(1) dati del minore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilascia questo documento in occasione di: 🞏 Allenamento 🞏 Gara 🞏 Raduno

(indicare Tipo di Gara / Raduno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE:**

**Nelle ultime due settimane**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  |  |
| -se si è risposto **SI** ad una delle domande precedenti: ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento |  |  |
| - di 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) |  |  |

**Al momento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C |  |  |
| è un professionista della salute quale: medici, infermieri, operatori del 118, o facente parte di altre tipologie di lavoro a rischio Covid-19 |  |  |

**Nell’ultimo anno**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| -ha avuto diagnosi di COVID-19 |  |  |
| -se si è risposto **SI** alla domanda precedente: è stato dichiarato guarito (tampone con esito negativo) |  |  |
| -è stato sottoposto a quarantena/isolamento fiduciario per contatto con accertato caso positivo |  |  |
| -se si è risposto **SI** alla domanda precedente: ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento |  |  |
| **Negli ultimi mesi/giorni**  |  |  |
|  | SI | NO |
| -è stato sottoposto a vaccinazione |  |  |
| -se si è risposto **SI** alla domanda precedente: ha completato il ciclo vaccinale |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DATA E LUOGO FIRMA DELL’ATLETA maggiorenne

 o del GENITORE-TUTORE /del DIRIGENTE-ALLENATORE