

# 1 MODELLO A - MAGGIORENNI

FIDAF – FEDERAZIONE ITALIANA DI AMERICAN FOOTBALL																																																								
DENOMINAZIONE SOCIETÀ SPORTIVA: <u>Rams Milano American Football Team ASD</u>																																																								
AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE 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 IDONEITÀ AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA ..... SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITÀ AGONISTICA ..... (nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di idoneità agonistica)																																																								
Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?																																																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-top: 1px solid black;">• Febbre &gt;37,5°</td> <td style="width: 10%;">SI</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NO</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Tosse</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-top: 1px solid black;">• Stanchezza</td> </tr> <tr> <td>• Mal di gola</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Mal di testa</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Dolori muscolari</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Congestione nasale</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Nausea</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Vomito e diarrea</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Perdita olfatto e gusto</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Congiuntivite</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		• Febbre >37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Stanchezza					• Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Dolori muscolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Congestione nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Nausea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Vomito e diarrea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Perdita olfatto e gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	• Congiuntivite	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Febbre >37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Stanchezza																																																								
• Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Dolori muscolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Congestione nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Nausea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Vomito e diarrea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Perdita olfatto e gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
• Congiuntivite	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																																				
NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO																																																								
CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo)      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																								
CONTATTI CON CASI SOSPETTI      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																								
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																								
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																								
CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone)      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																								
PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																								
FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																								
Se si dove IN PROVINCIA <input type="checkbox"/> IN REGIONE <input type="checkbox"/> IN ITALIA/ESTERO <input type="checkbox"/>																																																								
ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19																																																								
.....																																																								
<input type="checkbox"/> il/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. <input type="checkbox"/> autorizzo 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. <input type="checkbox"/> 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.																																																								
Luogo e data _____	Firma _____																																																							