

ALLEGATO 2		MODULO B MINORENNI	
<b>AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALL'AMMISSIONE ALLE PARTITE ED ALLENAMENTI</b>			
Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore /esercitante la tutela legale su			
<b>Cognome:</b>		<b>Nome:</b>	
<b>Appartenente alla società sportiva:</b> Rams Milano American Football Team ASD			
DICHIARO DI NON ESSERE UN ATLETA [ <input type="checkbox"/> ]			
DICHIARO di essere in possesso un certificato valido di Idoneità Agonistica <b>[SI]</b> <b>[NO]</b>			
DICHIARO di aver effettuato la visita di idoneità agonistica "post Covid", per coloro che hanno contratto il virus, in quanto prevista a termini di legge e definita dal protocollo FMSI _____ <b>[SI]</b> <b>[NO]</b> in quanto non ho contratto il virus			
<b>Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?</b>			
Febbre > 37,5°C	SI	NO	
Tosse	SI	NO	
Perdita Gusto e/o Olfatto	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/o Diarrea	SI	NO	
Congiuntivite	SI	NO	
<b>Notizie su eventuali esposizioni al contagio</b>			
Contatti accertati con casi Covid Positivi	SI	NO	
Contatti con casi sospetti (no tampone)	SI	NO	
Contatti con Familiari di casi sospetti o Covid positivi	SI	NO	
Famigliari conviventi con sintomi febbrili (no tampone)	SI	NO	
Proviene da un viaggio all'estero?	SI	NO	
Lavora in ambienti sanitari esposti al contagio?	SI	NO	
Ha effettuato viaggi in aereo?	SI	NO	
<b>Vaccinazione</b>			
Ha già effettuato il vaccino per il Covid 19	Si una dose	Si completo	NO
Eventuali notizie che ritiene opportuno evidenziare in merito ad un suo potenziale 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 il covid manager della società ospite nel caso cambiasse una o più condizioni di quelle comunicate precedentemente nel presente modulo.			
Data: _____	Firma esercitante tutela legale _____	Temperatura All'ingresso:	