



# **Cavallino Poasco A.S.D.**

*... paura di nessuno ...*

## **AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

La presente autocertificazione verrà mantenuta agli atti della società nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy

### **ANAMNESI COVID-19**

ha avuto negli ultimi 14 giorni una diagnosi di covid-19 confermata con tampone?  SI  NO

ha riscontrato negli ultimi 14 giorni uno dei seguenti sintomi?

febbre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	tosse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
faringodinia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	rinite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	diarrea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
anosmia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	disgeusia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ha avuto negli ultimi 14 giorni contatto stretto con un caso confermato di covid-19?  SI  NO

(contatto stretto: stessa abitazione; stringere la mano; contatto diretto con secrezioni; contatto faccia a faccia oppure compresenza in ambiente chiuso per più di 15 minuti ad una distanza inferiore a due metri; assistenza sanitaria senza dpi; viaggio aereo a distanza minore o uguale a due posti)

### **AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19**

**QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI**

Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, attesto sotto la 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.

Autorizzo il Cavallino Poasco ASD al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_  
in caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà

[www.cavallinobasket.it](http://www.cavallinobasket.it) - [cavallino@cavallinobasket.it](mailto:cavallino@cavallinobasket.it)  
sede legale: Via Don Candiani 12 – 20097 San Donato M.se (MI)  
sede operativa: Via Unica Poasco, 6 – 20097 San Donato M.se (MI)  
cod. fisc. 97604030151



Iscritta al registro CONI  
Affiliata alla Federazione Italiana Pallacanestro ed alla UISP  
Iscritta all'Armani Junior Program ed all'Albo delle Associazioni del Comune di San Donato M.se