



CerviaCesenatico

## AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI SETTIMANALE)

**NOME E COGNOME** \_\_\_\_\_

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

### ANAMNESI COVID-19

**HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19  
CONFERMATA CON TAMPONE?** SI NO

**HA RISCONTRATO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?** SI NO  
*Febbre, tosse, Faringodinia (mal di gola), rinite, congiuntivite, diarrea, anosmia (perdita dell'olfatto),  
desgeusia (perdita del gusto)*

**HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA 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 presenza 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 2 posti)*

### HA GREEN PASS IN CORSO DI VALIDITA':

DA CICLO VACCINALE COMPLETO     SOLO 1^ DOSE     DA GUARIGIONE COVID  
 DA TAMPONE (vale 48 ore)     NON SOGGETTO PER ETA' (minore 12 anni)

**(SOLO PER I MAGGIORI DI ANNI 12):** Firmando la presente autocertificazione **DICHIARA** di essere informato che se non in possesso di GREEN PASS in corso di validità, per accedere all'impianto sportivo e per poter prendere parte all'attività sportiva deve aver eseguito un tampone rapido o antigenico al massimo 48 ore prima dell'ingresso all'impianto sportivo e deve esibire/consegnare a richiesta il relativo referto.

**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 **HELLAS BASKET CERVIA/POL. CESENATICO 2000** 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*