

TRIAGE RISCHIO COVID-19
SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO
Atleti minorenni

Il sottoscritto, genitore/tutore legale dell'atleta minorenni
..... nato a il e residente in
....., in riferimento al minore

Dichiara

- ✓ -di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19
- ✓ -di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro...)
- ✓ -di non aver avuto nelle ultime due settimane 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)
- ✓ -di non manifestare attualmente 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)
- ✓ Di avere un certificato medico in corso di validità per la pratica dell'attività sportiva (agonistica o non agonistica)
- ✓ Di aver preventivamente e opportunamente lavata e/o disinfettata l'abbigliamento/attrezzatura personale.

DATA E LUOGO

FIRMA DELL'ATLETA O DEL
GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE
PER MINORENNI

- il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)
- autorizzo la ASD Siena Hockey 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.