

da compilare a cura del soggetto maggiorenne o di uno dei genitori, in caso di minorenni

INFORMAZIONI GENERALI E TRIAGE COVID-19 -ORIENTED

Il sottoscritto _____

nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____), residente a _____

identificato a mezzo CI – Pat. – Pass nr. _____, rilasciato da _____ in data ____ . ____ . ____,

(genitore di _____ nato il ____ . ____ . ____, a _____)

Temp. Atleta°C

Temp. Accompagnatore.....°C

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ PER SE STESSO e/o IL FIGLIO

- che non è stato sottoposto alla misura della quarantena e sorveglianza attiva per il COVID-19
- che non è risultato positivo al tampone COVID-19
- che non ha avuto contatti stretti con soggetti positivi al COVID-19
- che non è stato ricoverato in ospedale con (o a causa) di sintomi polmonari negli ultimi 3 mesi
- che non ha sofferto di gravi sintomi respiratori o estrema stanchezza/affaticamento a domicilio negli ultimi 3 mesi
- che non ha un test rapido sierologico positivo per IgM o IgG del Covid-19

Negli ultimi negli ultimi 21 giorni ha avuto sintomi

Febbre > 37.5	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Diarrea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Tosse secca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Mal di gola, gola infiammata	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Dispnea, difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Anosmia, non sentire gli odori	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Mancanza di respiro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Ageusia, perdita del gusto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Astenia, debolezza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cefalea persistente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Mialgie, dolori muscolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Naso chiuso e che cola	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Polmonite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Malattia trombo embolica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Sintomi simil-influenzali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Malattia Trombotica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

SINTOMI SOGGETTIVI RECENTI

Precisare data inizio e fine dei sintomi _____

Dichiara inoltre che la Famiglia e/o l'Atleta, nei 14 giorni precedenti la data odierna, NON si sono recati all'estero (in particolare nei paesi indicati dalla normativa vigente, Rif. Ordinanza n° 84 del 13 Agosto 2020 Giunta Regionale - X Legislatura - Regione Veneto e/o modifiche Belgio, Francia, Grecia- Repubblica di MALTA- Repubblica Ceca, Spagna-Croazia –Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord Altro)

Informativa privacy (UE 679/2016): l'acquisizione dei dati richiesti è necessaria e pertanto obbligatoria per consentire in sicurezza l'accesso all'ambulatorio di medicina dello sport nell'emergenza Covid-19. All'utente competono i diritti di accesso ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o il blocco. Titolare del trattamento è l'ULSS 6 Euganea.

Letto e compreso tutto quanto sopra è riportato. Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

Data

_____ firma del soggetto maggiorenne o di uno dei genitori, in caso di minorenni