

# TRIAGE RISCHIO COVID-19

## SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI GARA

(stampare il modulo utilizzando la funzione fronte/retro)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ matricola (se tesserato Flsr) \_\_\_\_\_

atleta maggiorenne;  genitore/tutore dell'atleta minore(1)  Allenatore/Dirigente (2)

(2) solo in assenza del genitore/tutore legale del minore, nel 2° giorno di gara o di raduno e giorni successivi.

(1) dati del minore: \_\_\_\_\_ nato il: \_\_\_\_\_ matricola: \_\_\_\_\_

Rilascia questo documento in occasione di: **CAMPIONATO REGIONALE LIBERTAS 2021**  
– 23/24 OTTOBRE SAN ROCCO A PILLI

### DICHIARA CHE:

#### Nelle ultime due settimane

	SI	NO
-è stato in contatto stretto con casi accertati (vivi o deceduti)		
-è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio		
-è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti		
-se si è risposto <b>SI</b> ad una delle domande precedenti: ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento		
- di aver avuto 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)		

#### Al momento

	SI	NO
ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C		
è un professionista della salute quale: medici, infermieri, operatori del 118, o facente parte di altre tipologie di lavoro a rischio Covid-19		

#### Nell'ultimo anno

	SI	NO
-ha avuto diagnosi di COVID-19		
-se si è risposto <b>SI</b> alla domanda precedente: è stato dichiarato guarito (tampone con esito negativo) e, se atleta, ha ripetuto la visita medica;		
-è stato sottoposto a quarantena/isolamento fiduciario per contatto con accertato caso positivo		
-se si è risposto <b>SI</b> alla domanda precedente: ha effettuato tampone (con esito negativo) al termine del periodo di quarantena/isolamento		

#### Negli ultimi mesi/giorni

	SI	NO
-è stato sottoposto a vaccinazione		
-se si è risposto <b>SI</b> alla domanda precedente: ha completato il ciclo vaccinale		

\_\_\_\_\_  
DATA E LUOGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'ATLETA maggiorenne  
o del GENITORE-TUTORE /del DIRIGENTE-ALLENATORE

## TRIAGE RISCHIO COVID-19

### SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO/GARA/RADUNO

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 POLISPORTIVA COMUNALE CRAS *indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva* 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.

DATA E LUOGO

FIRMA DELL'ATLETA maggiorenne  
o del GENITORE-TUTORE /del DIRIGENTE-ALLENATORE

\*\*\*\*\*

Nei casi di:

- Allenamenti;
- Gare con durata successiva alla singola giornata, nelle giornate susseguenti alla prima;
- Raduni nazionali con durata successiva alla singola giornata, nelle giornate susseguenti alla prima;

possono essere utilizzati gli spazi DATA e FIRMA riportati di seguito per la conferma della dichiarazione precedentemente espressa.

**Conferma della dichiarazione riportata sull'altro lato del presente foglio:**

DATA	FIRMA