Associazione Sportiva Dilettantistica
Centro Minibasket Mirano

Associazione Sportiva Dilettantistica **Pallacanestro Mirano**

Tel. 041 268 56 10

Sede Sociale:
Barchessa di Villa Errera - via Bastia Fuori, 56 30035 Mirano

Segreteria:
via Villafranca, 20 - 30035 Mirano

info@pallacanestromirano.it
pallacanestromirano@tecnopec.it

AUTODICHIARAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (Prima Anamnesi)
AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il/ls sottoscritto/a

Nome ..... Cognome .....
nata a ..... il .....
residente a ..... in ..... N. .....
identificata a mezzo Documento ..... nr .....
rilasciato da ..... in data .....
cellulare ..... mail .....

Genitore dello **Spettatore** ..... nato il ..... a .....

Della Gara **Pallacanestro Mirano** / .....

Del ..... *(data)*

[LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA' 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 ☐ **Si** ☐ **No**
  - Tosse ☐ **Si** ☐ **No**
  - Faringodinia ☐ **Si** ☐ **No**
  - Rinite ☐ **Si** ☐ **No**
  - Congiuntivite ☐ **Si** ☐ **No**
  - Diarrea ☐ **Si** ☐ **No**
  - Anosmia *(perdita dell'olfatto)* ☐ **Si** ☐ **No**
  - Disgeusia *(perdita del gusto)* ☐ **Si** ☐ **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

[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]

- **Il/la sottoscritto/a** come sopra identificato/a, attesta sotto la propria 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 spostiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche.

- **Autorizzo A.S.D. Pallacanestro Mirano** e **A.S.D. Centro Minibasket Mirano** 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.

Luogo e data .....

Firma Genitore .....