



FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA

DENOMINAZIONE SOCIETA' SPORTIVA: _____

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE COMPETIZIONI SCHERMISTICHE
(Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)**

NOME

COGNOME

VISITA DI IDONEITA' ATTIVITA' SPORTIVA CON CERTIFICATO IN DATA _____

SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA _____

(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Sportiva)

E' stato affetto da COVID ? SI NO

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- Febbre >37,5°
- Tosse
- Stanchezza
- Mal di gola
- Mal di testa
- Dolori muscolari
- Congestione nasale
- Nausea
- Vomito
- Perdita di olfatto e gusto
- Congiuntivite
- Diarrea

SI NO

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19 SI NO

PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS SI NO

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19

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.

letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente modulo, dichiaro di

Dare il consenso Non dare il consenso

al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

data _____

firma _____

ALLEGATO 1



Federazione Italiana Scherma

Viale Tiziano,74
00196 Roma
www.federscherma.it

ALLEGATO 4

AUTORIZZAZIONE ATLETA MINORENNE

Noi, sottoscritti:

_____ (Padre: cognome, nome, data di nascita e documento d'identità)

_____ (Madre: cognome, nome, data di nascita e documento d'identità)

Autorizziamo a rappresentare e ad agire in nostro nome la seguente persona, che:

- è maggiorenne (18 anni) per prendere le decisioni di seguito indicate;
- ha accettato questa decisione;
- per il periodo dal _____ al _____

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo e di nascita: _____

Documento d'identità: _____

Indirizzo durante il Test Event: _____

Recapito Telefonico durante il Test Event: _____

Autorizziamo la suddetta persona a prendere decisioni relative alla salute di nostro figlio / a:

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo e di nascita: _____

Documento d'identità: _____

Società di Tesseramento: _____

Firma del padre

Firma della madre