



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-ORIENTED

AI FINI DELLA EFFETTUAZIONE DELLE VISITE MEDICHE SPORTIVE AGONISTICHE E NON AGONISTICHE

(secondo le Linee di indirizzo della giunta della Regione del Veneto del
12/05/2020 prot. 0187609)

Data: ____/____/____

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____

sesto: M F

Tel: _____ E-mail: _____

Medico curante _____

1.	É stato affetto da malattia covid-19 o sospetta covid-19?	SI	NO
	Se si è stato sottoposto ad esame con "tamponi nasofaringeo"?	SI	NO
	Se si, con quale iter e quale/i esito\ i? (ricovero ospedaliero, cura a domicilio, quanti tamponi eseguiti?)		
2.	Un componente convivente della sua famiglia o persona con la quale ha avuto contatti stretti negli ultimi 21 giorni è stato affetto da malattia covid-19 confermata, sospetta o probabile?	SI	NO
3.	Negli ultimi 21 giorni ha accusato uno o più dei seguenti sintomi? (spuntare le caselle corrispondenti)		
<input type="checkbox"/>	Febbre (ascellare oltre 37.5°)		
<input type="checkbox"/>	Facile affaticamento		
<input type="checkbox"/>	Tosse secca o con espettorato		
<input type="checkbox"/>	Dolori muscolari		
<input type="checkbox"/>	Alterazione del gusto		
<input type="checkbox"/>	Alterazione dell'olfatto		
<input type="checkbox"/>	Diarrea e/o vomito		

Nel caso l'atleta abbia indicato di essere stato COVID positivo, o di aver avuto sintomi attribuibili all'infezione da Covid-19, o di aver avuto contatti a rischio, NON SI PROCEDERÀ CON LA VISITA.

Dichiara ciò che ho sottoscritto coincide con la verità Firma _____