



QUESTIONARIO SULLA SALUTE

NOME _____
COGNOME _____
SESSO _____
DATA DI NASCITA _____
INDIRIZZO DI RESIDENZA _____
NUMERO CELLULARE _____

DOMANDE:

- È in possesso di Green Pass valido al momento della manifestazione? SI NO
- Ha avuto sintomi di raffreddore (tosse, naso che cola, mal di gola, respiro difficoltoso, perdita del gusto o dell'odore) negli ultimi 14 giorni? SI NO
- Ha avuto uno dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni (barrare la voce corrispondente)?
- o Febbre
 - o Dolore al petto
 - o Mal di testa
 - o Nausea/vomito
 - o Diarrea
- SI NO
- È stato in contatto con qualcuno con una provata infezione da SARS-CoV-2 o malattia Covid-19? SI NO
- È stato in quarantena negli ultimi 14 giorni? SI NO
- È risultato positivo al test PCR (reazione a catena della polimerasi) negli ultimi 14 giorni? SI NO

In caso di positività, l'atleta deve essere in grado di esibire esito negativo di tampone o altro metodo validato dall'autorità sanitaria competente per SARS-CoV-2 eseguito nelle 72 ore precedenti la gara.

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 durante lo svolgimento dell'attività sportiva.

Informativa privacy: In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che la FISU si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e autorizzo il CRISTAL TEAM ASD e la FISU al trattamento dei miei dati relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

Data: _____ Firma: _____

in caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà:

Nome e Cognome _____

Firma: _____

NOTA: Se ci sono prove di un'infezione acuta vi verrà fornita una mascherina, sarà necessario l'isolamento e vi sarà richiesto di seguire le indicazioni del personale medico presente in loco. L'autorità sanitaria pubblica locale sarà informata e i loro protocolli dovranno essere seguiti.