

AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____

DICHIARA

- per se stesso in qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale
 di _____
 nato/a a _____ il _____
 carta d'identità n. _____

CRITERI EPIDEMIOLOGICI

SI NO

| | | |
|--|--|--|
| E' stato esposto a casi sospetti o accertati o a familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19 negli ultimi 21 giorni? | | |
| Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di COVID-19 negli ultimi 21 giorni? | | |
| Ha frequentato negli ultimi 21 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse? | | |
| Convive con persone con febbre/febbricola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni? | | |

CRITERI CLINICI

SI NO

| | | |
|--|--|--|
| Ha febbre (TC. 37,5° C) insorta da meno di 14 giorni? | | |
| Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni? | | |
| Ha avuto febbre (TC. 37,5°C) tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni? | | |

ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2

SI NO

| | | |
|--|--|--|
| Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 mediante esame molecolare (tampone)? In tal caso ha effettuato due tamponi rinofaringei consecutivi per SARS-CoV-2 risultati negativi? | | |
| Ha effettuato un esame sierologico per SARS-CoV-2 che è risultato positivo (IgM e/o IgG)? In tal caso ha effettuato almeno un tampone rinofaringeo per SARS-CoV-2 risultato negativo? | | |

--- sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità.

--- di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa, ad esclusione delle fasi di allenamento e/o gara.

--- di aver effettuato il controllo della temperatura corporea.

Firma leggibile del dichiarante/ del genitore

Data _____