

**SCHEDA DA PRESENTARE AL RESPONSABILE COVID-19 DELLA SOCIETA' DI
APPARTENENZA PRIMA DI OGNI ALLENAMENTO E PRIMA DI OGNI GARA**

ALLEGATO B

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE ATTUALE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS- CoV-2 DA CONSEGNARE AL RESPONSABILE DELLA SOCIETA' _____ ALL'ARRIVO PRESSO L'IMPIANTO SPORTIVO PRIMA DI ACCEDERVI																																		
NOME	COGNOME																																	
TELEFONO CELL.	ALTRO TEL.																																	
Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi? (SE PRESENTI OCCORRE RIMANERE OBBLIGATORIAMENTE PRESSO LA PROPRIA ABITAZIONE E AVVISARE IMMEDIATAMENTE IL MEDICO DI BASE) SINTOMI MAGGIORI <table style="width: 100%;"><tr><td>• Febbre >37,5°</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Tosse</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr></table> SINTOMI MINORI <table style="width: 100%;"><tr><td>• Astenia</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Mal di gola</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Mal di testa</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Congestion nasale</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Nausea</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Vomito</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Perdita di olfatto e gusto</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Congiuntivite</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr><tr><td>• Diarrea</td><td>SI ☐</td><td>NO ☐</td></tr></table>		• Febbre >37,5°	SI ☐	NO ☐	• Tosse	SI ☐	NO ☐	• Astenia	SI ☐	NO ☐	• Mal di gola	SI ☐	NO ☐	• Mal di testa	SI ☐	NO ☐	• Congestion nasale	SI ☐	NO ☐	• Nausea	SI ☐	NO ☐	• Vomito	SI ☐	NO ☐	• Perdita di olfatto e gusto	SI ☐	NO ☐	• Congiuntivite	SI ☐	NO ☐	• Diarrea	SI ☐	NO ☐
• Febbre >37,5°	SI ☐	NO ☐																																
• Tosse	SI ☐	NO ☐																																
• Astenia	SI ☐	NO ☐																																
• Mal di gola	SI ☐	NO ☐																																
• Mal di testa	SI ☐	NO ☐																																
• Congestion nasale	SI ☐	NO ☐																																
• Nausea	SI ☐	NO ☐																																
• Vomito	SI ☐	NO ☐																																
• Perdita di olfatto e gusto	SI ☐	NO ☐																																
• Congiuntivite	SI ☐	NO ☐																																
• Diarrea	SI ☐	NO ☐																																
Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto 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 dell'impianto sportivo Data _____																																		
MAGGIORENNE FIRMA LEGGIBILE _____																																		
MINORENNE In caso di calciatore minorenni FIRMA LEGGIBILE di almeno un genitore: _____ _____																																		