

AUTOCERTIFICAZIONE (agg.22/02/21) resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 da consegnare agli organizzatori dei centri estivi

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Luogo e data di nascita

Residente a..... Via/Piazza

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali e civili a cui andrà incontro in caso di false dichiarazioni

- per se stesso
- in qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale

di

nato/a a.....

il

CRITERI EPIDEMIOLOGICI

SI NO

di non essere attualmente sottoposto a vincolo di isolamento/quarantena e di non essere a conoscenza ad oggi di aver contratto infezione da SARS – COV 19 Sì		
E' stato mai sottoposto/a a vincolo di isolamento o di quarantena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato esposto/a a casi sospetti o accertati di Covid 19 negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di Covid 19 negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha frequentato negli ultimi 14 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convive con persone con febbre/febbricola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazione del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITERI CLINICI		
Ha febbre (TC 37,5° C) insorta da meno di 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto febbre (TC 37,5° C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazione del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANAMNESI PREGRESSA PER SARS – COV-2		
Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-COV-2 mediante tampone rino-faringeo molecolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In caso di risposta positiva al precedente punto, ha effettuato un tampone rinofaringeo definitivo per SARS-COV-2 risultato negativo e/o ha ricevuto certificazione di guarigione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In caso di risposta positiva ai precedenti punti, è in possesso della certificazione alla idoneità sportiva rinnovata dopo risoluzione dell'infezione o della certificazione "Return to play"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità
- di aver preso visione e rispettato il PROTOCOLLO DI ACCESSO E NORME COMPORTAMENTALI PER I CENTRI "VACANZE SPORT"
- di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa,
- di impegnarsi a comunicare via mail alla Società Organizzatrice l. eventuale positività al SARS – COV 19 che dovesse manifestarsi nei **10 giorni successivi all'evento**

Data..... Firma leggibile.....