



### **Allegato 1 - CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in

Via \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **SONO CONSAPEVOLE CHE**

- la diffusione del Coronavirus COVID-19 e ancora in corso e che è stato dichiarato uno stato di pandemia mondiale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
- le attuali conoscenze scientifiche sul SARS-CoV-2 sono ancora incomplete
- la diffusione del virus avviene per via aerea con le goccioline del respiro (*droplets*) e per contatto da persona a persona e che il virus è dotato di elevata contagiosità, di conseguenza le Autorità sanitarie italiane raccomandano di mantenere il distanziamento sociale
- data la natura del virus, esiste un rischio di infezione da COVID-19 che potrei contrarre a seguito della frequentazione di ambienti chiusi (es. palestra) in presenza di altre persone
- i test attualmente disponibili per COVID-19 in alcuni casi potrebbero non rilevare il virus e che talvolta le infezioni hanno un decorso completamente asintomatico pertanto alcune persone che potrei frequentare potrebbero essere contagiose senza esserne a conoscenza
- che è stato predisposto un protocollo atto a ridurre il rischio di contagio sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, delle linee guida e delle disposizioni delle Autorità competenti ma che potrei comunque contrarre l'infezione da COVID-19
- se dovessi essere contagiato dal COVID-19 potrei essere sottoposto ad una quarantena, ad un autoisolamento, a test aggiuntivi o a ricovero in ospedale

Consapevole di tutto quanto su esposto decido volontariamente ed in piena autonomia di entrare nella palestra/palazzetto/sito sportivo \_\_\_\_\_ sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ al solo scopo di riprendere l'attività sportiva attenendomi scrupolosamente a quanto disposto dalle Autorità competenti.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

***In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da entrambi i genitori***

## **Allegato 2 - AUTODICHIARAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in

Via \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **ATTESTA**

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19;
- di non avere in atto e non avere avuto nelle ultime settimane sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°C, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono risultate affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.)

In fede

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da entrambi i genitori*

*Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.*

*La presente autodichiarazione deve essere portata con sé unitamente ad un documento d'identità.*

***Il sottoscrittore si impegna a comunicare prontamente ogni qualunque variazione del quadro clinico al Medico Sociale e deve sospendere immediatamente l'attività***

### Allegato 3 – QUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_

1. Dove hai trascorso/ stai trascorrendo l'isolamento \_\_\_\_\_
  
2. Sei entrato/a in stretto contatto (a meno di 2 metri di distanza o in ambiente chiuso come casa, sede di lavoro, mezzo di trasporto) con casi accertati di COVID-19? SI NO
  
3. Hai effettuato il tampone per COVID-19? SI NO  
Se Sì, con quale esito? \_\_\_\_\_
  
4. Sei stato/a sottoposto/a ad un "isolamento domiciliare fiduciario"? SI NO
  
5. Sei stato/a ricoverato/a per infezione da COVID-19 sospetta o accertata? SI NO
  
6. Negli ultimi 60 giorni sei stato ricoverato per una malattia indipendente dal COVID-19? SI NO  
Se sì, specifica quale \_\_\_\_\_
  
7. Negli ultimi 60 giorni hai manifestato uno o più dei seguenti sintomi: febbre, tosse, dispnea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, stanchezza, indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola? SI NO  
Se sì, specifica quale/i \_\_\_\_\_
  
8. Negli ultimi 60 giorni hai avuto necessità di contattare i numeri di emergenza e/o il medico di base e/o il medico sociale per segnalare eventuali sintomi di sospetta infezione da COVID-19? SI NO
  
9. Negli ultimi 60 giorni sei stato/a in una delle zone rosse? SI NO  
Se sì, specifica quale \_\_\_\_\_
  
10. Negli ultimi 60 giorni hai assunto farmaci antivirali o anti-influenzali? SI NO  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_