



## Protocollo di Sicurezza EMERGENZA COVID-19

### AUTOCERTIFICAZIONE

#### NEL CASO IN CUI SI SIA RISULTATI POSITIVI AL COVID

##### AFFILIATO

Società
---------

##### ATLETA / UFFICIALE DI REGATA

Cognome e Nome	
Tessera FIV	Cellulare
<b>INFORMAZIONE OPZIONALE (non obbligatoria)</b> <input type="checkbox"/> sono in possesso del certificato rilasciato dalla Regione o dalla ASL che attesta l'avvenuta vaccinazione (ciclo completo) da non oltre sei mesi <input type="checkbox"/> sono in possesso del certificato rilasciato dalla ASL che attesta l'avvenuta guarigione da Covid-19 e/o di fine isolamento da non oltre sei mesi <input type="checkbox"/> ho effettuato un tampone con esito NEGATIVO eseguito da non oltre 48 ore	

**Se atleta minorenni:** Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

esercitante la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- o Di provvedere quotidianamente a misurare la temperatura corporea riscontrando che questa sia inferiore a 37,5° C;
- o Di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere nel proprio domicilio in presenza di febbre oltre i 37,5° C o altri sintomi influenzali;
- o Di essere a conoscenza del fatto che se dovessero insorgere sintomi influenzali o febbrile, occorre rientrare immediatamente al proprio domicilio, e non permanere all'interno dell'impianto sportivo;
- o Di non aver consapevolezza aver avuto contatti diretti con soggetti risultati positivo al COVID-19
- o Di non aver effettuato viaggi da e per luoghi che hanno comportato un periodo di quarantena;
- o Di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni, in primis il distanziamento interpersonale, ed osservare le regole di igiene attraverso il lavaggio frequente delle mani e l'adozione di tutte quei comportamenti corretti dal punto di vista dell'igiene.

Per i pazienti che sono risultati **COVID +** (soggetti che hanno effettuato un tampone nasofaringeo per ricerca di RNA virale risultato positivo):

#### Si dichiara:

- Di aver avuto una guarigione clinica ovvero 14 giorni di clinica silente;
- Di essere stato sottoposto ad accertamenti di non infettività mediante tampone nasofaringeo RNA.
- Di aver informato di quanto sopra il medico curante e/o il medico che ha rilasciato il certificato di idoneità alla pratica sportiva.

Le Grazie, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2021

Firma