

AUTOCERTIFICAZIONE**Da consegnare agli organizzatori delle competizioni/manifestazioni del Calendario FGI 2020****Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000**

Il sottoscritto/a

Cognome e 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 _____

documento di riconoscimento _____

	Si	No
CRITERI EPIDEMIOLOGICI		
È 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 osseo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?		
CRITERI CLINICI		
Ho febbre (TC \geq 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 osseo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?		
Ha avuto febbre (TC \geq 37.5 °C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osseo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?		
ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2		
Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 mediante esame molecolare (tamponi)? In tal caso ha effettuato due tamponi rinfaringei 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 rinfaringeo per SARS-CoV-2 risultato negativo?		

- o sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità.
- o 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.
- o di aver effettuato il controllo della temperatura corporea

Data

Firma leggibile del dichiarante/del genitore
