

**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<br>INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS- CoV-2 DA<br>CONSEGNARE AL RESPONSABILE DELLA SOCIETÀ _____<br>ALL'ARRIVO PRESSO L'IMPIANTO SPORTIVO PRIMA DI ACCEDERVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                             |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | COGNOME                     |                             |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| TELEFONO CELL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ALTRO TEL.                  |                             |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| <p>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 )</p> <p><b>SINTOMI MAGGIORI</b></p> <table><tr><td>• Febbre &gt;37,5°</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Tosse</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr></table> <p><b>SINTOMI MINORI</b></p> <table><tr><td>• Astenia</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Mal di gola</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Mal di testa</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Congestion nasale</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Nausea</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Vomito</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Perdita di olfatto e gusto</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Congiuntivite</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>• Diarrea</td><td>SI <input type="checkbox"/></td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr></table> |                             | • Febbre >37,5°             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Tosse | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Astenia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Mal di testa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Congestion nasale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Nausea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Vomito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | • Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Febbre >37,5°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Tosse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Astenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Mal di gola                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Mal di testa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Congestion nasale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Nausea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Vomito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Perdita di olfatto e gusto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Congiuntivite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| • Diarrea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| <p>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</p> <p>Data _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                             |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| <p><b>MAGGIORENNE</b></p> <p align="right">FIRMA LEGGIBILE _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                             |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |
| <p><b>MINORENNE</b></p> <p>In caso di calciatore minorenni FIRMA LEGGIBILE di almeno un genitore:</p> <p align="right">_____</p> <p align="right">_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                             |                             |                             |         |                             |                             |           |                             |                             |               |                             |                             |                |                             |                             |                     |                             |                             |          |                             |                             |          |                             |                             |                              |                             |                             |                 |                             |                             |           |                             |                             |