

ALLEGATO A

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA SD Medicina dello Sport Universitaria

CHECK-LIST ATLETI A RISCHIO SARS-CoV-2

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N.445/2000

Il sottoscritto

Data di nascita

Luogo di nascita

genitore (o delegato) del minore

Data di nascita

Luogo di nascita

Residenza via

n.

Comune

Prov.

Tel./Cell.

Società sportiva di appartenenza:

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli art. 75 e 76 del D.P.R 28 dicembre 2000, n.445 e successive modifiche e integrazioni

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE

(nome dello sportivo) _____

▷ non è stato sottoposto alla misura della quarantena ovvero non è risultato positivo al COVID-19

▷ non ha avuto contatti, nei 14 giorni precedenti, con soggetti risultati positivi al COVID-19

▷ presenta ovvero non presenta i seguenti sintomi:

SINTOMI MAGGIORI

- Febbre > 37,5 C° SI NO
- Tosse SI NO
- Difficoltà respiratoria (dispnea) SI NO

SINTOMI MINORI

- Stanchezza marcata (astenia) SI NO
- Perdita della capacità di sentire gli odori (anosmia) SI NO
- Perdita della capacità di sentire i sapori (ageusia) SI NO
- Mal di gola (faringodinia) SI NO
- Congestione nasale SI NO
- Diarrea SI NO

- Nausea e vomito SI NO
- Dolori articolari diffusi (artralgie) SI NO
- Mal di testa (cefalea) SI NO

◆ Se presenta **anche 1 solo sintomo** tra i precedenti, è necessario consultare immediatamente il proprio medico curante, e **sospendere** a scopo precauzionale l'attività sportiva **per almeno 14 giorni** o per un periodo maggiore a seconda del parere del proprio medico curante.

Nel caso venisse confermata l'infezione da COVID-19, prima di riprendere l'attività sportiva agonistica è necessario informare il medico dello sport che ha rilasciato il certificato d'idoneità all'attività sportiva agonistica, il quale deciderà sulla necessità o meno di eseguire ulteriori accertamenti clinico-strumentali.

Luogo _____

Data / /

Firma leggibile _____