

AUTOCERTIFICAZIONE

Da consegnare agli organizzatori delle competizioni/manifestazioni del Calendario FCI 2020

Dichiarazione resa ai sensi del DPR 448/2000

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/febbriola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni? | | |
| CRITERI CLINICI | | |
| Ho febbre (TC ≥ 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 osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni? | | |
| Ha avuto febbre (TC ≥ 37.5 °C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-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 rino-faringei 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 rino-faringeo 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 _____