

**Allegato 3. Checklist di valutazione all'ingresso per atleti, accompagnatori tesserati FICK,  
personale di soccorso, Giudici di Gara, Cronometristi e Comitato Organizzativo  
MINORENNI**

L'accesso alle strutture è limitato ed è necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza per tutti i partecipanti.  
Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande.

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_  
Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Contatto telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
In qualità di genitore di (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

**Relativamente al proprio figlio negli ultimi 14 giorni:**

- ☐ ha avuto un contatto stretto\* o convive con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
- ☐ ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ☐ ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ☐ ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?
- ☐ è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?
- ☐ è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?
- ☐ è rientrato in Italia da uno stato estero ad esclusione di quelli presenti in elenco, negli ultimi 14 giorni?

- |                    |               |                   |                 |                                    |                                    |
|--------------------|---------------|-------------------|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Austria         | 7. Germania   | 14. Croazia       | 21. Lussemburgo | 28. Romania                        | 34. Principato di Monaco           |
| 2. Belgio          | 8. Danimarca  | 15. Ungheria      | 22. Lettonia    | 29. Svezia                         |                                    |
| 3. Bulgaria        | 9. Estonia    | 16. Irlanda       | 23. Malta       | 30. Slovenia                       | 35. Repubblica di San Marino       |
| 4. Svizzera        | 10. Grecia    | 17. Islanda       | 24. Paesi Bassi | 31. Slovacchia                     | 36. Stato della Città del Vaticano |
| 5. Cipro           | 11. Spagna    | 18. Italia        | 25. Norvegia    | 32. Regno Unito e Irlanda del Nord |                                    |
| 6. Repubblica Ceca | 12. Finlandia | 19. Liechtenstein | 26. Polonia     | 33. Andorra                        |                                    |
|                    | 13. Francia   | 20. Lituania      | 27. Portogallo  |                                    |                                    |

**\* I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:**

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano);
- hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.
- sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

**Allegato 3. Checklist di valutazione all'ingresso per atleti, accompagnatori tesserati FICK,  
personale di soccorso, Giudici di Gara, Cronometristi e Comitato Organizzativo  
MINORENNI**

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura |  |
| <input type="checkbox"/> tosse  | <input type="checkbox"/> congiuntivite                                       |
| <input type="checkbox"/> astenia  | <input type="checkbox"/> diarrea   |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi   | <input type="checkbox"/> vomito  |
| <input type="checkbox"/> mal di testa   | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <input type="checkbox"/> raffreddore  | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi nella percezione di odore)        |
| <input type="checkbox"/> mal di gola  | <input type="checkbox"/> A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)   |

*Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.*

*Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.*

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

---

Parte riservata all'organizzazione

In base alla valutazione effettuata dal personale addetto e col parere favorevole del COVID MANAGER è autorizzato all'accesso alla struttura

☐ SI                      ☐ NO

**Visto da (il COVID MANAGER o suo delegato)**

Nome Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL COVID MANAGER**