

**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?

*** 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.
- 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"/> dolore addominale |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> congiuntivite |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi | <input type="checkbox"/> diarrea |
| <input type="checkbox"/> mal di testa | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> raffreddore | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <input type="checkbox"/> mal di gola | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi nella percezione di odore) |
| <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto) |

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

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