

## Allegato 2. Checklist di valutazione all'ingresso per atleti, accompagnatori tesserati FICK, personale di soccorso, Giudici di Gara, Cronometristi e Comitato Organizzativo

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 \_\_\_\_\_

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

*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 \_\_\_\_\_

---

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**