**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?

❏febbre (temperatura ≥37.5°C) - da accertare anche al momento dell’ingresso in struttura

❏ tosse

❏ astenia

❏ dolori muscolari diffusi

❏mal di testa ❏raffreddore

❏mal di gola

❏dispnea

❏dolore addominale

❏congiuntivite

❏diarrea

❏vomito

❏aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali

❏Anosmia (disturbi nella percezione di odore)

❏ 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**