

**SCHEDA ANAMNESTICA per infezione da SARS-CoV2 (COVID-19)**  
da inviare compilata e firmata alla Società Monti Pallidi ([monti.pallidi@virgilio.it](mailto:monti.pallidi@virgilio.it)) ogni martedì

Cognome e nome dell'atleta .....  
Data e Luogo di nascita.....  
Residenza in strada ..... Comune.....CAP..... Provincia (TN) .....  
Tel./Cell..... email.....  
Disciplina sportiva.....  
Data e scadenza del tuo certificato d'idoneità agonistica?.....

**Barrare la voce che interessa**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1) Quest'anno hai fatto la vaccinazione anti-influenzale?                      | SI | NO |
| 2) Dall'inizio della pandemia ad oggi hai avuto qualcuno dei seguenti sintomi? |    |    |
| ✓ temperatura corporea > 37,5 °C   | SI | NO |
| ✓ tosse e/o mal di gola  | SI | NO |
| ✓ fiacchezza e facile affaticabilità   | SI | NO |
| ✓ difficoltà di respiro a riposo o durante sforzi modesti                      | SI | NO |
| ✓ diarrea  | SI | NO |
| ✓ nausea e/o vomito  | SI | NO |
| ✓ modificazione della percezione di odori e/o gusto                            | SI | NO |

Se hai avuto febbre (temperatura corporea > 37,5 °C), quando e per quanti giorni l'hai avuta?  
.....

Se hai avuto uno o più sintomi, quale è durato più a lungo ed in linea di massima quanti giorni è durato?  
.....

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 3) Dall'inizio della pandemia ad oggi sei stato ricoverato in ospedale?    | SI | NO |
| <i>Se SI, sei pregato di inviare alla società la lettera di dimissione</i> |    |    |

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 4) Hai ricevuto diagnosi di malattia COVID-19? | SI | NO |
|--|----|----|

- |                                       |    |    |
|---------------------------------------|----|----|
| 5) Sei stato sottoposto a quarantena? | SI | NO |
| se SI, quando? .....                  |    |    |

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 6) sei stato sottoposto a tampone nasofaringeo o test anticorpale per COVID-19? | SI | NO |
| se SI, per quale motivo?  |    |    |

- |   |   |          |        |          |
|---|---|----------|--------|----------|
| <input type="checkbox"/> controllo di popolazione | <input type="checkbox"/> per sintomi sospetti |          |        |          |
| se SI, che risultati hai ricevuto?                |   |          |        |          |
| tampone nasofaringeo per Covid-19:                |   | Positivo |        | Negativo |
| test anticorpale per Covid-19:                    | IgM   | Positivo | Dubbio | Negativo |
|   | IgG   | Positivo | Dubbio | Negativo |

*(sei pregato di allegare l'esito degli accertamenti)*

Il sottoscritto atleta/genitore, sotto firmando la presente, garantisce la veridicità delle dichiarazioni rese e libera la Società U.S. Monti Pallidi da ogni e qualsiasi responsabilità civile e penale in riferimento alla normativa presente e futura relativa all'emergenza COVID 19, fino al 30 settembre 2020.

Data

In fede,

\_\_\_\_\_  
*[firma dell'atleta se maggiorenne o di chi ne fa le veci se minore]*

*In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da un genitore.  
Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.*