



BLUE PONENTE BASKET

Sezione di Diano Marina – Sezione di San Bartolomeo al mare

P. IVA / C.F.: 01495340083 – Num. iscrizione F.I.P.: 051875 – IBAN: IT36M0306949000100000003158

In relazione alla normativa anticovid l'atleta si impegna a rispettare scrupolosamente le seguenti regole:

1. l'accesso in palestra è consentito unicamente agli atleti
2. gli atleti hanno a disposizione un solo spogliatoio dedicato che verrà indicato dai responsabili
3. le vie di accesso per l'ingresso e l'uscita dalla palestra sono separate e distinte, individuate dai responsabili e vanno rispettate
4. non si può in alcun caso accedere al campo da gioco con le stesse scarpe utilizzate per raggiungere la palestra; dovranno essere utilizzate sempre e solo scarpe dedicate che gli atleti dovranno cambiarsi in spogliatoio all'inizio e alla fine di ogni allenamento
5. negli spazi chiusi comuni, al di fuori delle fasi di allenamento e/o di partita, gli atleti dovranno sempre mantenere la distanza interpersonale di un metro e mezzo (ad esempio all'ingresso, all'uscita, negli spogliatoi, nelle docce ecc.)
6. si autorizzano i responsabili della società a rilevare la temperatura corporea ad ogni ingresso dell'atleta in palestra e ad annotare la stessa sul registro storico delle presenze agli allenamenti che sarà conservato dalla società sportiva stessa nella massima sicurezza
7. qualsiasi variazione rispetto alle condizioni dichiarate nel presente modulo dovrà essere tempestivamente comunicata ai responsabili della società
8. qualsiasi successiva e/o ulteriore indicazione e/o prescrizione richiesta dai responsabili in merito all'ottemperanza delle norme precauzionali per il contagio dovrà essere sempre ed in ogni caso ottemperata

DATA

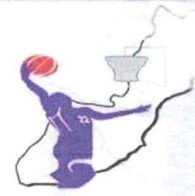
FIRMA DELL'ATLETA (O DEL GENITORE/TUTORE)



Blue Ponente Basket

Blue Ponente Basket

Diano Marina - San Bartolomeo al mare



Blue Ponente Basket

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERISCE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI
(Da Visionare da parte del Medico Sociale o del Medico di Riferimento)**

NOME

COGNOME

VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA
SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA.....
(nel caso di NON ATLETI non indicare dati sulla certificazione di Idoneità Agonistica) .

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Febbre >37,5° | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Tosse | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Mal di testa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Dolori muscolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Congestione nasale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Nausea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Vomito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON CASI SOSPETTI | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Se sì dove <input type="checkbox"/> IN PROVINCIA <input type="checkbox"/> IN REGIONE <input type="checkbox"/> IN ITALIA <input type="checkbox"/> ESTERO | | |

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19

SOLO PER ATLETI MINORENNI

Il sottoscritto

in qualità di genitore / tutore / esercente la patria potestà del minore

certifica sotto la propria responsabilità quanto sopra e si impegna a dare tempestiva comunicazione alla società sportiva qualora e non appena una qualsiasi delle condizioni sottoscritte dovesse variare.

Io sottoscritto/a come sopra identificato/a attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura SPORTIVA ed alla pratica di attività sportive agonistiche

autorizzo BLUE PONENTE BASKET al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

DATA

FIRMA DELL'ATLETA O DEL GENITORE/TUTORE