



**A.S.D. di PROMOZIONE SOCIALE
LENCI POIRINO O.N.L.U.S.**

P.I. | 11058550010 | 94068340010 | C.F.
Sede educativa | Via Paolo Gaidano, 4/B | Via Fonte Antico, 16 | Campo Sportivo
10046 Poirino (TO) | 10046 Poirino (TO)
Mail | info@gruppolenci.org | www.gruppolenci.org | Sito Web

Matricola FIGC
941840



**A.S.D. di PROMOZIONE SOCIALE
LENCI POIRINO O.N.L.U.S.**

P.I. | 11058550010 | 94068340010 | C.F.
Sede educativa | Via Paolo Gaidano, 4/B | Via Fonte Antico, 16 | Campo Sportivo
10046 Poirino (TO) | 10046 Poirino (TO)
Mail | info@gruppolenci.org | www.gruppolenci.org | Sito Web

Matricola FIGC
941840



SCHEDA QUESTIONARIO INGRESSO CENTRO SPORTIVO

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA SESSO

M	F
---	---

RIFERISCE DI FEBBRE PREGRESSA

SI	NO
----	----

 SE SÌ, TEMPERATURA

TOSSE

SI	NO
----	----

 DISPNEA A INSORGENZA ACUTA (Difficoltà respiratorie)

SI	NO
----	----

MISURAZIONE TEMPERATURA PER INGRESSO DATA:

CONTATTO TELEFONICO per la tracciabilità: _____

Mail: _____

E

In presenza di sintomi il dichiarante deve dichiarare se nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi (barrare le opzioni positive):

- Storie di viaggi o residenza all'estero, in aree a rischio di comprovata diffusione
- Storia di viaggi o residenza in Italia in **luoghi a rischio**.
- Operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19
- Essere stato stretto contatto o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19
- Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19
- Ha frequentato o ha lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da nCoV

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanta 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 e alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre la A.S.D. di Promozione Sociale Lenci Poirino O.N.L.U.S. al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data e Luogo Ora firma dichiarante o genitore

SCHEDA QUESTIONARIO INGRESSO CENTRO SPORTIVO

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA SESSO

M	F
---	---

RIFERISCE DI FEBBRE PREGRESSA

SI	NO
----	----

 SE SÌ, TEMPERATURA

TOSSE

SI	NO
----	----

 DISPNEA A INSORGENZA ACUTA (Difficoltà respiratorie)

SI	NO
----	----

MISURAZIONE TEMPERATURA PER INGRESSO DATA:

CONTATTO TELEFONICO per la tracciabilità: _____

Mail: _____

E

In presenza di sintomi il dichiarante deve dichiarare se nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi (barrare le opzioni positive):

- Storie di viaggi o residenza all'estero, in aree a rischio di comprovata diffusione
- Storia di viaggi o residenza in Italia in **luoghi a rischio**.
- Operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19
- Essere stato stretto contatto o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19
- Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19
- Ha frequentato o ha lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da nCoV

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanta 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 e alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre la A.S.D. di Promozione Sociale Lenci Poirino O.N.L.U.S. al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data e Luogo Ora firma dichiarante o genitore