

**COGNOME E NOME DELL'ATLETA :**

.....

**NATO IL** ...../...../.....

**A** .....(prov.: .....)      **DATA**.....

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER  
ATLETI MAGGIORENNI  
ATLETI MINORENNI (DA COMPILARSI A CURA DEL GENITORE O DI CHI  
ESERCITA LA PATRIA POTESTA')**

**COVID-19**

- Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da Covid-19 o a rischio?  
 no       si
  
- Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?  
 no       si
  
- **OGGI** o **negli ultimi 14 giorni** ha/ha avuto febbre, congiuntivite, difficoltà respiratorie/tosse, anosmia/ageusia, astenia, diarrea o sindrome influenzale?  
 no       si

**N.B.**: in caso di risposta positiva ad una o più domande, sarà valutata la possibilità di effettuare la visita medico-sportiva o di programmarla a nuova data.

Firma ..... (atleta maggiorenne o genitore/tutore per atleta minorenni)

(Il presente questionario viene raccolto a fini di completezza della visita medico-sportiva per la concessione dell'idoneità alla pratica di sport a livello non-agonistico ed agonistico, nel rispetto della riservatezza della raccolta di dati clinici sensibili e di tutela della privacy. Sarà allegato e custodito insieme alla cartella clinica dell'atleta maggiorenne o minorenni).