



FEDERAZIONE ITALIANA  
SPORT DEL GHIACCIO



FEDERAZIONE  
SPORTIVA NAZIONALE  
RICONOSCIUTA  
DAL CONI

### SCHEDA ANAMNESTICA per infezione da SARS-CoV2 (COVID-19)

da inviare compilata e firmata al Medico Competente

**ATTENZIONE: Prima di riprendere l'allenamento è necessario nulla osta del Medico Competente\***

Cognome dell'atleta .....

Nome dell'atleta.....

Data e Luogo Di Nascita.....

Residenza in Via..... n°.....

Comune.....CAP.....

Provincia.....Regione.....

Tel./Cell.....

email.....

Disciplina sportiva.....

Quando scadrà il 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? SI NO

✓ 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

Se SI, sei pregato di inviare al Medico Competente la lettera di dimissione



FEDERAZIONE ITALIANA  
SPORT DEL GHIACCIO



FEDERAZIONE  
SPORTIVA NAZIONALE  
RICONOSCIUTA  
DAL CONI

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?.....

controllo di popolazione  nell'ambito lavorativo/su indicazione del corpo militare

per sintomi sospetti

se SI, che risultati hai ricevuto?

tampone nasofaringeo per Covid-19: Positivo Negativo

ricerca su sangue venoso di anticorpi ANTI-SARS-COV2 IgM Positivo Dubbio Negativo  
IgG Positivo Dubbio Negativo

(sei pregato di inviare Medico Competente\* l'esito degli accertamenti)

Data

In fede,

---

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

**\*Medico Competente:** nel caso degli atleti delle Squadre Nazionali o atleti di Interesse Nazionale che seguono programmi di tecnici federali o dal momento in cui vengono convocati a raduni federali il medico competente è il medico FISG di Settore. Per gli atleti di Interesse Nazionale e per tutti gli altri atleti che si allenano con le rispettive società la responsabilità dell'individuazione del Medico Competente è in capo alla società stessa.

In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da un genitore. Le informazioni di cui sopra dovranno essere trattate dal medico competente 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.