

Temperatura all'ingresso °C:

(la rileverà l'addetto in
ambulatorio)

All.1

Questionario Screening (in contesto Epidemico COVID – 19)

Il sottoscritto (Atleta) _____ nato a _____
_____ il __/__/____ e residente in _____

DICHIARA:

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, difficoltà respiratorie (respiro affannoso), mal di gola, rinite o rinorrea od ostruzione nasale, stanchezza e dolori muscolari, astenia, dispnea, mialgie, diarrea o vomito, anosmia, ageusia (alterazioni del gusto/olfatto) negli ultimi 15 giorni.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).
- di non aver soggiornato in un Paese estero.

In fede,

Data _____ Firma (Atleta maggiorenne) _____

Firma (**di entrambi i Genitori se Atleta minorenni**) _____

Note:

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.
2. 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.