



TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEL CENTRO SPORTIVO

NOME e COGNOME	
----------------	--

Nelle ultime due settimane

▶ è stato in contatto stretto con casi accertati (vivi o deceduti)	SI'	NO
▶ è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio	SI'	NO
▶ è stato in contratto stretto con familiari di casi sospetti	SI'	NO
▶ ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C	SI'	NO

DATA e LUOGO	FIRMA DELL'ATLETA O DEL GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE PER MINORENNI
--------------	--

TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEL CENTRO SPORTIVO

Il Sottoscritto.....
(Atleta Maggiorene o genitore/tutore legale dell'atleta minorene)

Nato a..... il.....e residente in.....

DICHIARA

- ▶ di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19;
- ▶ di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro...)
- ▶ di non aver avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali: temperatura corporea >37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
- ▶ di non manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali: temperatura corporea >37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)

DATA e LUOGO	FIRMA DELL'ATLETA O DEL GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE PER MINORENNI
--------------	--