

SCHEDA DI VALUTAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare in una nota*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)? Si NO

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi? (BARRARE IN CASO AFFERMATIVO)

- febbre
- tosse secca
- respiro affannoso/difficoltà respiratorie
- dolori muscolari diffusi
- mal di testa
- raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola
- mal di gola
- congiuntivite
- diarrea
- perdita del senso del gusto (ageusia)
- perdita del senso del dell'olfatto (anosmia)

(*) Nota: _____

Dati anagrafici: (Giocatore)

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Comune di Residenza _____ Via _____

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) _____

Contatto telefonico _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Data _____ Firma del Genitore _____