

TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO

| | |
|-----------------|--|
| NOME E COGNOME: | |
|-----------------|--|

Nelle ultime due settimane

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

DATA E LUOGO

FIRMA DELL'ATLETA O DEL GENITORE/LEGALE
RAPPRESENTANTE PER MINORENNI

TRIAGE RISCHIO COVID-19 SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO

Il sottoscritto..... (atleta maggiorenne o genitore/tutore legale dell'atleta minorenni) 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°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)
- -di non aver manifestare attualmente sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, 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
