



QUESTIONARIO SULLA SALUTE

Cognome	
Nome	
Data nascita / Luogo	
Residenza	
n° cellulare	

QUESTIONARIO

SI

NO

	SI	NO
Ha avuto qualsiasi sintomo (raffreddore, tosse, mal di gola difficoltà respiratorie) riconducibili a sintomi covid 19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha avuto uno dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni: Febbre, Dolore al petto, Mal di testa, Nausea / Vomito, Diarrea		
E' stato a contatto con persone con comprovata infezione da Covid 19 negli ultimi 14 giorni?		
E' stato in quarantena negli ultimi 14 giorni?		
E' risultato positivo al test PCR (molecolare) negli ultimi 14 giorni?		

Il/La sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civile e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio durante l'attività sociale (art. 46 D.P.R. n. 445/200)

DATA: _____

FIRMA: _____

(Firma Genitore o di chi ne fa le veci x minori)

con risposta positiva a qualsiasi domanda, devi presentare un risultato negativo del test PCR Covid 19 eseguito nelle 72 ore precedenti l'arrivo all'evento.

Autorizza inoltre l'Associazione FIE CR lombardo al trattamento dei dati sensibili relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla conservazione ai sensi di legge.

Firma x accettazione: _____