



# PIACENZA SUMMER SPORT 2021

rilevamento in data (GG\MM\AAAA)				temperatura idonea	
COGNOME		NOME		SI	NO
E-MAIL		TEL			
Anamnesi giornaliera					
<b>Attualmente hai ricevuto una diagnosi, o pensi di poter essere affetto\a da COVID-19?</b>					
SI		<input type="checkbox"/>	NO		<input type="checkbox"/>
<b>Hai avuto uno di questi sintomi da COVID-19 negli ultimi 14 giorni?</b>					
Alta temperatura corporea (febbre)		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tosse continua emersa di recente?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdita di gusto o olfatto?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Inspiegabile respiro corto emerso di recente?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<b>Sei stato a contatto con un caso confermato o sospetto di COVID-19 negli ultimi 14 giorni?</b>					
SI		<input type="checkbox"/>	NO		<input type="checkbox"/>
<b>Se hai risposto SI ad una di queste domande, dovresti rimanere a casa e informare il tuo medico curante. Dovresti seguire le direttive in materia di salute pubblica attualmente in vigore sul tuo territorio.</b>					
<b>TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:</b>					
Autorizzo ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti.					
FIRMA PER ACCETTAZIONE					