



da compilare a cura del soggetto maggiorenne o dei genitori, in caso di minorenne
INFORMAZIONI GENERALI E TRIAGE COVID-19 -ORIENTED

Il sottoscritto _____

nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____), residente a _____

identificato a mezzo CI – Pat. – Pass nr. _____,

rilasciato da _____ in data ____ . ____ . ____ ,

(genitore di _____ nato il ____ . ____ . ____ , a _____)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ PER SE STESSO e/o IL FIGLIO

- che non è stato sottoposto alla misura della quarantena e sorveglianza attiva per il COVID-19
- che non è risultato positivo al tampone per COVID-19
- che non ha avuto contatti stretti (familiari, colleghi, ecc.) con soggetti positivi al COVID-19
- che non è stato ricoverato in ospedale con (o a causa) di sintomi respiratori negli ultimi mesi
- che non ha sofferto di gravi sintomi respiratori o altro a domicilio negli ultimi mesi
- che non ha un test sierologico positivo per anticorpi Covid-19

SINTOMI SOGGETTIVI RECENTI

Negli ultimi 21 giorni ha avuto 1 o più dei seguenti sintomi?

Febbre > 37.5	Tosse secca	Difficoltà respiratoria	Mal di gola, gola infiammata
Mialgie, dolori muscolari	Polmonite	Sintomi simil-influenzali	
Perdita dell'odorato	Perdita del gusto	Cefalea persistente	
Diarrea	Astenia, debolezza estrema	Malattia trombo embolica	

No

Sì

Precisare data inizio e fine dei sintomi _____

Informativa privacy (UE 679/2016): l'acquisizione dei dati richiesti è necessaria e pertanto obbligatoria per consentire in sicurezza l'accesso all'ambulatorio di medicina dello sport nell'emergenza Covid-19. All'utente competono i diritti di accesso ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o il blocco. Titolare del trattamento è l'AULSS 5 Polesana.

Letto e compreso tutto quanto sopra è riportato. 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 soggetto maggiorenne o dei genitori, in caso di minorenne