



AUTO DICHIARAZIONE - COVID-19 (CORONAVIRUS)

Da compilare a cura dell'utente e consegnare alla Segreteria del Circolo Tennis Belle Arti

Cognome e Nome _____

Nato a _____ in data _____

Residente in _____ Città _____

Telefono _____

E-mail _____

• ha avuto negli ultimi giorni uno di questi sintomi?

- | | | |
|------------------------------|----|----|
| • febbre >37,5° | si | no |
| • tosse | si | no |
| • stanchezza | si | no |
| • mal di testa | si | no |
| • dolori muscolari | si | no |
| • congestione nasale | si | no |
| • nausea | si | no |
| • vomito | si | no |
| • perdita di olfatto e gusto | si | no |
| • congiuntivite | si | no |
| • diarrea | si | no |

notizie su eventuali esposizioni al contagio:

- | | | |
|--|----|----|
| • contatti accertati con casi di covid19 | si | no |
| • contatti con casi sospetti | si | no |
| • contatti con familiari di casi sospetti | si | no |
| • conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | si | no |
| • contatti con febbre o sintomi influenzali(no tampone) | si | no |
| • proviene da un viaggio all'estero | si | no |
| • frequentazione ambienti sanitari con casi accertati/sospetti | si | no |
| • è stato affetto da coronavirus? | si | no |

Data _____

Firma _____