



TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEMA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO

Il/Lasottoscritto/a _____
(atleta maggiorenne o genitore/tutore legale dell'atleta minorenn)

Genitore/tutore di _____

Nato/a 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 ect*).
- Di non aver avuto nelle ultime settimane sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (*tra i quali temperatura superiore a 37.5, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto*).
- Di non avere in corso sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (*tra i quali temperatura superiore a 37.5, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto*).

Luogo e Data

Firma Atleta

Firma Genitore

A.S.D. GINNASTICA SAMPIETRINA

Via Redipuglia, 52 – 20822 Seveso (MB) Cod.Fisc 91003670154 P.IVA07698010969

E-mail: sampietrina_seveso@libero.it