TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DELL'ALLENAMENTO

Il/La sottoscritto/a_____

genitore/tutore di (se atleta minorenne)_____

Atleta Nato/a a _____ il_____

e residente in _____

appartenente alla squadra del Volley San Paolo_____

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, scuola, amici etc).
- Di non aver avuto nelle ultime due 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).

Luogo e Data_____

Firma dell'atleta maggiorenne o del genitore/tutore_____