

# Modulo di dichiarazione COVID 19

( valido dal 01giugno 2021)

Giorno di arrivo	Giorno di partenza	Alloggio

Le informazioni fornite qui possono essere utilizzate dalle autorità sanitarie pubbliche, in conformità con la legislazione vigente, nel contesto della risposta di sanità pubblica a COVID-19.

Il modulo deve essere compilato da tutti i partecipanti al XX Calise Cup

Nome partecipante	Indirizzo e-mail:	Numero di telefono:

Tu (o qualcun altro per il quale stai compilando questo modulo) hai attualmente sintomi o hai sintomi o ti è stata diagnosticata la malattia di Coronavirus (Covid-19) negli ultimi 14 giorni?	<b>Si</b>	<b>NO</b>
Negli ultimi 14 giorni tu (o chiunque altro per cui stai compilando questo modulo) sei stato in contatto con qualcuno che è o potrebbe essere infettato dal Coronavirus (Covid-19)	<b>Si</b>	<b>No</b>
Nelle ultime 24 ore lei (o chiunque altro per cui sta compilando questo modulo) ha avuto uno dei seguenti sintomi	<b>Si</b>	<b>No</b>
Febbre	<b>Si</b>	<b>No</b>
Tosse	<b>Si</b>	<b>No</b>
Rinorrea	<b>Si</b>	<b>No</b>
Gola infiammata	<b>Si</b>	<b>No</b>
Perdita dell'olfatto o del gusto	<b>Si</b>	<b>No</b>

Confermo che le informazioni fornite in questo modulo sono corrette al meglio delle mie conoscenze.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Registrazione del Team Covid-19 Officer

Registrazione del Team Covid-19 Officer	
Team men / Squadra maschile:	Team women / Squadra femminile
Team / squadra:	
Covid-19 Officer responsabile:	
Name / nome:	
Adress / Indirizzo mail	
Mobile number / numero di telefono:	

Please transmit this registration for to: -Restituire a:

[violaantonio12@gmail.com](mailto:violaantonio12@gmail.com)

date \_\_\_\_\_

Signature of the Covid-19 Officer:

\_\_\_\_\_

