

# Modulo di dichiarazione COVID 19

## *Covid-19 Declaration Form*

(valido dal 01 Giugno 2021 / *Valid by 1st June 2021*)

Giorno di arrivo <i>Day of arrival</i>	Giorno di partenza <i>Day of Departure</i>	Alloggio <i>Accomodation</i>

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.

*The informations provided here may be used by public health authorities, in accordance with current legislation, in the context of the public health response to COVID-19.*

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

*The form must be completed by all participants at the XX Calise Cup*

Nome partecipante <i>Name of participant</i>	Indirizzo e-mail: <i>Email address</i>	Numero di telefono: <i>phone number</i>
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? <i>Do you (or someone else you are filling out this form for) currently have symptoms or had symptoms or have you been diagnosed with Coronavirus disease (Covid-19) in the past 14 days?</i>	<b>Yes</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) <i>In the last 14 days you (or anyone else you are filling out this form for) have been in contact with someone who is or may be infected with Coronavirus (Covid-19)?</i>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Nelle ultime 24 ore lei (o chiunque altro per cui sta compilando questo modulo) ha avuto uno dei seguenti sintomi) <i>In the past 24 hours you (or anyone else you are completing this form for) have had one of the following symptoms?</i>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Febbre / <i>Fever</i>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Tosse / <i>Cough</i>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Rinorrea / <i>Rhinorrhea</i>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Gola infiammata / <i>Burning Throat</i>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Perdita dell'olfatto o del gusto / <i>Loss of smell or taste</i>	<b>Yes</b>	<b>No</b>

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

*I confirm that the information provided in this form is correct to the best of my knowledge.*

Date: \_\_\_\_\_

Firma / *Signature*: \_\_\_\_\_

## Registrazione del Team Covid-19 Officer

Team / squadra:

Name / nome:

Mail Address / Indirizzo mail

Mobile number / numero di telefono:

Please transmit this registration for to/ da restituire a:

violaantonio12@gmail.com

date \_\_\_\_\_

Signature of the Covid-19 Officer:

\_\_\_\_\_