

## TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO

DI \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(atleta maggiorenne o genitore/tutore legale dell'atleta minorenni).

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

### Dichiara

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVI-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*

\_\_\_\_\_