

AUTOCERTIFICAZIONE SARS-CoV-2

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

Via _____ Tel. _____

In caso di minori: genitore di _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ Tel. _____

Dichiara di rispettare le norme in vigore specificate sul sito internet www.dancetheatre.it.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE DELLA PERSEGUIBILITA' DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI,

DICHIARA QUANTO SEGUE

- VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA con certificato in data¹ _____
- SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITA' AGONISTICA¹ _____
- Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

▪ Febbre >37,5°	▪ SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Stanchezza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Dolori muscolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Congestione nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Nausea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Vomito	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Perdita di olfatto e gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Congiuntivite	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
▪ Diarrea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- **CONTATTI** concasi accertati COVID 19 (tampone positivo) SI NO
- **CONTATTI** concasi sospetti SI NO
- **CONTATTI** con familiari di casi sospetti SI NO
- **CONVIVENTI** con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI NO
- **CONTATTI** con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI NO

- Proviene da un **VIAGGIO ALL'ESTERO** SI NO
- **FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI** con casi accertati/sospetti SI NO

Se si dove: IN PROVINCIA IN REGIONE IN ITALIA ESTERO

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al covid-19 _____

Grottaferrata, _____

In fede