

AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO

Arbitri e Ufficiali di Campo

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI DELLA SOCIETA'
NEL RISPETTO DELLA PRIVACY

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE? SI NO

DAL MESE DI GENNAIO AD OGGIO DURANTE IL COVID-19, HA AVUTO UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI	NO
TOSSE	SI	NO
FARINGODINIA	SI	NO
RINITE	SI	NO
CONGIUNTIVITE.	SI	NO
DIARREA	SI	NO
ANOSMIA	SI	NO
DISGEUSIA	SI	NO

DA GENNAIO AD OGGI HA AVUTO CONTATTO STRETTO CON UN CASO PROBABILE O
CONFERMATO DI COVID-19?SI NO

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON
SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESENZA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIU' DI
15 MINUTI AD UNA DISTANZA INFERIORE A DUE METRI; ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI; VIAGGIO
AEREO A DISTANZA MINORE O UGUALE A DUE POSTI)

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA AL CIA DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI

Data _____

firma _____

in caso di minori, firma di chi esercita la patria potestà