



**QUESTIONARIO PER SCREENING COVID-19**  
**Amatori Union Rugby Milano**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_ E mail \_\_\_\_\_

Categoria di appartenenza \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la mia responsabilità

DICHIARO

- È mai stata riscontrata mediante tampone o test sierologico una positività al COVID-19?

Sì

No

- Negli ultimi 15 giorni sei mai stato a contatto stretto con una persona risultata poi positiva al COVID-19?

Sì

No

- Negli ultimi 15 giorni hai riportato uno o più dei seguenti sintomi?

Febbre > 37,5°

Sì

No

Anosmia/Ageusia (perdita del gusto e dell'olfatto)

Sì

No

Tosse

Sì

No

Raffreddore

Sì

No

Astenia (debolezza/spossatezza)

Sì

No

Vomito

Sì

No

Diarrea

Sì

No

FIRMA LEGGIBILE (del genitore/tutore in caso di minore) \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_