



## Questionario individuale di *screening* – emergenza COVID-19

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

1. Negli ultimi 14 giorni di aver fatto ingresso in Italia dopo aver soggiornato in zone a rischio epidemiologico come identificate dall'OMS e/o transitato o sostato in Lombardia o nelle Provincie interessate da provvedimenti di emergenza (Modena, Parma, Piacenza, Reggio Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Venezia, Padova, Treviso, Asti, Alessandria, Novara, Verbania, Cusio-Ossola, Vercelli )  SÌ  NO

(in caso di risposta affermativa, indicare luogo preciso e data)

\_\_\_\_\_

2. Negli ultimi 14 giorni qualcuno dei miei familiari/conviventi ha soggiornato in zone a rischio epidemiologico come identificate dall'OMS e/o transitato o sostato in Lombardia o nelle Provincie interessate da provvedimenti di emergenza di cui al precedente punto 1

SÌ  NO

(in caso di risposta affermativa, indicare luogo preciso, data e circostanze)

\_\_\_\_\_

3. Di indicare con precisione i luoghi visitati negli ultimi 14 giorni con le relative date,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Di avere ATTUALMENTE FEBBRE  SÌ  NO

5. Di avere ATTUALMENTE TOSSE SECCA E DIFFICOLTA' RESPIRATORIA

SÌ  NO

6. Di informare l'Istituto di Medicina e Scienza dello Sport al numero **06/32729206** e/o email [direzionesanitaria@sportesalute.eu](mailto:direzionesanitaria@sportesalute.eu) non appena ci siano variazioni, sentita ASL di competenza, nella dichiarazione odierna.

7. Di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy) e ss.mm.ii, che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Roma \_\_\_\_\_, Firma \_\_\_\_\_

Parte da compilare a cura dell'IMSS:

- Attività/ Erogazione effettuata: \_\_\_\_\_
- Personale impiegato: \_\_\_\_\_