

DIOCESI DI FANO FOSSOMBRONE CAGLI PERGOLA
Servizio Diocesano per la Pastorale Giovanile

DICHIARAZIONE VALIDA PER PARTECIPARE ALL'INIZIATIVA
"WALK OUT – 4 PASSI CON LA PG" NEI GIORNI DI SABATO 11 E 18 LUGLIO 2020
(il seguente questionario si intende valido per la giornata a cui si intende partecipare)

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Residente a _____ Indirizzo _____ Recapito telefonico _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Ha avuto una diagnosi di COVID-19? | SI | NO |
| -Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) | SI | NO |
| 2. È in quarantena? | SI | NO |
| 3. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? | SI | NO |
| 4. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? | SI | NO |
| 5. Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi? | | |
| • Febbre/febbre | SI | NO |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie | SI | NO |
| • Malessere, astenia | SI | NO |
| • Cefalea | SI | NO |
| • Congiuntivite | SI | NO |
| • Sangue da naso/bocca | SI | NO |
| • Vomito e/o diarrea | SI | NO |
| • Inappetenza/anoressia | SI | NO |
| • Confusione/vertigini | SI | NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto | SI | NO |
| • Perdita di peso | SI | NO |
| • Disturbi dell'olfatto e o del gusto | SI | NO |

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DATA _____

Firma del partecipante o del genitore in caso di minori

Firma dell'operatore
