

REGIONE DEL VENETO



ULSS4  
VENETO ORIENTALE

**COGNOME** ..... **NOME** .....

**DATA DI NASCITA** ..... **RESIDENZA** .....

**DICHIARO QUANTO SEGUE**

**In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con  
scad. in data** \_/\_/\_\_\_

CRITERIO CLINICO

E' O E' STATO COVID POSITIVO? SI NO (SE SI QUANDO?.....)

E' STATO VACCINATO PER COVID? SI NO

NEI 21 GIORNI PRECEDENTI ALLA VISITA HA AVUTO:

FEBBRE >37° SI NO

TOSSE SI NO

STANCHEZZA SI NO

DIFFICOLTA' RESPIRATORIE SI NO

DOLORI MUSCOLARI SI NO

DIARREA SI NO

DISTURBI DEL GUSTO SI NO

DISTURBI DELL'OLFATTO SI NO

HA AVUTO CONTATTI STRETTI CON CASI CONFERMATI, SOSPETTI O PROBABILI DI COVID 19  
(ES. FAMILIARI, COLLEGHI DI LAVORO ECC) SI NO

**DATA**

**FIRMA UTENTE O DI CHI NE FA LE VECI**