**ASD NAZIONALE MEDICI CALCIO, VIA MARESCA 29 TORRE ANNUNZIATA (NA)**

**QUESTIONARIO CALCIATORE E/O DIRIGENTE**

**ASSOCIAZIONE DI APPARTENENZA:…………………………………**

Nome..................................................................Cognome.........................................................................

Nato a ...................................................... ......................il......................................................

Residente a……………………………………………..Via……………………………………………..

Codice Fiscale.............................................................................................................................................

Telefono...................................................... E-Mail....................................................................................

* Ha febbre o sintomi influenzali? SI NO
* Ha avuto febbre o sintomi influenzali (tosse, dolori articolari, cefalea ecc ? ) SI NO
* Ha avuto contatti con persone con febbre o sintomi influenzali negli ultimi 15 giorni? SI NO
* Ha fatto viaggi all’estero e/o comunque viaggi in zone in cui al rientro in Italia e’

prevista quarantena obbligatoria o tampone negativo SI \* NO

\*Se risposta affermativa occorre indicare il periodo in cui si e’ viaggiato e l’eventuale effettuazione del tampone ( data e esito):…………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE LE INFORMAZIONI FORNITE CORRISPONDONO A VERITÀ ASSUMENDOSENE TUTTE LE RESPONSABILITÀ SECONDO LEGGE.**

Firma Leggibile

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

 Castel di Sangro , lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_