



## ECO AVVENTURA – HORSE RIDING SUMMER CAMP 4/11

### TRIAGE AI FINI DEL CONTENIMENTO DEL RISCHIO DI DIFFUSIONE di COVID19

#### DA CONSEGNARE COMPILATO IL PRIMO GIORNO DI CAMPUS

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ GENITORE  
DI \_\_\_\_\_

oppure

TUTORE DI \_\_\_\_\_ in caso di contatto con  
altra figura giuridica avente diritto

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA COMUNE

DOMICILIO (se diverso da residenza)

COMUNE

NUMERO CONVIVENTI

RECAPITI TELEFONICO

NOME E CONOME DEL BAMBINO

- TRIAGE IN PRESENZA

#### DICHIARO

Che il minore in oggetto PRESENTA O HA PRESENTATO negli ultimi 14 giorni insorgenza improvvisa di uno o più dei seguenti sintomi, barrare quali

- |  |    |    |
|--|----|----|
| <input type="radio"/> Febbre                                       | sì | no |
| <input type="radio"/> Dispnea                                      | sì | no |
| <input type="radio"/> Affaticamento                                | sì | no |
| <input type="radio"/> Espettorato (catarro)                        | sì | no |
| <input type="radio"/> Tosse secca                                  | sì | no |
| <input type="radio"/> Disgeusia (alterazioni del senso del gusto)  | sì | no |
| <input type="radio"/> Mal di gola                                  | sì | no |
| <input type="radio"/> Anosmia (alterazioni del senso dell'olfatto) | sì | no |

- Mal di testa sì no
- Mio/artralgia (dolori articolari) sì no
- Diarrea sì no
- Vomito sì no

## INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2

Negli ultimi 14 giorni

- Ha avuto familiari o contatti stretti con persone (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) affetti da COVID19 confermato?

sì no

- Ha avuto familiari o contatti stretti con persone sospette/probabili contagiate da COVID-19

sì no

- Ha avuto familiari o contatti stretti con persone affette da sintomi suggestivi di COVID 19 (vedi sopra)

sì no

- Dichiaro di essere stato positivo al COVID-19?

sì (indicare la data) no tamponi mai eseguiti

- Dichiaro di essere guarito dal COVID-19?

sì (indicare la data)\* no

**\* Si allega certificazione di avvenuta guarigione**

- Dichiaro di trovarmi nello stato di quarantena obbligatoria?

sì dal (indicare la data) no

**Il genitore DICHIARA** di non aver somministrato nessun paracetamolo(tachipirina o simili) al proprio figlio nelle 24 ore prima dell'accesso giornaliero al campus

**CON LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO MI ASSUMO LA RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE DERIVANTE DA EVENTUALI**

- dichiarazioni errate, incomplete, false o reticenti, anche tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 650 c.p. fatta

salva l'ipotesi di un reato più grave ovvero artt. 582-583 c.p.

Il sottoscritto/ (o figura giuridica avente diritto) conferma quanto sopra dichiarato, e ha la responsabilità di avvisare il servizio educativo se la situazione sopra dichiarata dovesse modificarsi .

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_