



**FEDERAZIONE ITALIANA
SPORT INVERNALI**

SCI CLUB CAMPO FELICE ROCCA DI CAMBIO A.S.D.

DOMANDE	NO	SI
Ha avuto sintomi di raffreddore (tosse, naso che cola, mal di gola, respiro difficoltoso, perdita del gusto o dell'odore) negli ultimi 14 giorni?		
Ha avuto uno dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni: - Febbre - Dolore al petto - Mal di testa - Nausea/vomito - Diarrea		
È stato in contatto con qualcuno con una provata infezione da Covid-19?		
È stato in quarantena negli ultimi 14 giorni?		
È risultato positivo al test PCR (reazione a catena della polimerasi) negli ultimi 14 giorni?		

Data: ___/___/___

Firma: _____