



ACCADEMIA GRACIE BERGAMO

Yun Shou asd

Via Val d'Ossola 10 – Bergamo

Sede operativa Via Borgo Palazzo 193 - Bergamo

Cognome:

Nome:

Luogo e data di Nascita:

Temperatura Corporea (verrà rilevata dal personale all'ingresso):

Oggi ha uno o più dei seguenti sintomi:

- TOSSE
- MAL DI GOLA
- RAFFREDDORE
- MAL DI TESTA
- PERDITA DI GUSTO E/O OLFATTO
- DOLORI A MUSCOLI, OSSA, ARTICOLAZIONI
- DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA (affanno a riposo)
- CONGIUNTIVITE (occhi arrossati)
- DISTURBI GASTROINTESTINALI (diarrea, nausea, vomito)
- TACHICARDIA
- DOLORI AL PETTO (zona sterno)

NEGLI ULTIMI 15 GIORNI HA AVUTO UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI CONDIZIONI?

- UNO O PIÙ DEI SINTOMI SOPRA DESCRITTI? SE SI QUALI:

• HA ESEGUITO UN TAMPONE ORO-NASO-FARINGEO PER LA DIAGNOSI DI COVID-19?

SI

NO

• SE SI IN CHE DATA? CON QUALE ESITO?

• HA AVUTO CONTATTI CON PERSONE CHE HANNO PRESENTATO I SINTOMI SOPRA DESCRITTI O SONO RISULTATI POSITIVI PER IL COVID-19?

DATA

FIRMA.....

Firmando il seguente modulo A si dichiara di aver preso visione e capito tutte le domande, assumendosi ogni responsabilità legale in caso di dichiarazioni non conformi alla realtà.