



**PHYSIOCLINIC**  
Poliambulatorio

### DICHIARAZIONE DATI COVID-19

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Data di Nascita:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**Città:** \_\_\_\_\_ (\_\_\_) **Data Visita:** \_\_\_\_\_

### ATTESTA

- DI NON AVER AVUTO DIAGNOSI ACCERTATA DI INFEZIONE DA COVID-19
- DI NON AVER AVUTO SINTOMI RIFERIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID-19 TRA I QUALI, TEMPERATURA CORPOREA >37,5°C, TOSSE, ASTENIA, DISPNEA, MIALGIE, DIARREA, ANOSMIA, AGEUSIA NELLE ULTIME DUE SETTIMANE
- DI NON AVER AVUTO CONTATTI A RISCHIO CON PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA CORONAVIRUS (FAMILIARI, LUOGO DI LAVORO, ECC) NELLE ULTIME DUE SETTIMANE
- DI ESSERE GUARITO IN DATA \_\_\_\_\_ (DATA ESITO TAMPONE NEGATIVO)

Zelarino, lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_

(o di un genitore o esercente la patria potestà per atleti minori)

#### **Note:**

1. In caso di minori, la dichiarazione dev'essere compilata e sottoscritta da un genitore.
2. Le informazioni di cui sopra saranno tratta in conformità al regolamento UE n. 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) e per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto regolamento.

#### **Physioclinic Poliambulatorio**

Direttore Sanitario Dott. Antonio Camporese Spec. in Ortopedia e Traumatologia  
Via Everardo Scaramuzza, 19 – 30174 Zelarino – Venezia  
041-3033455 344-1346650 – [info@physio-clinic.it](mailto:info@physio-clinic.it)  
P. iva 04532570274

Autorizzazione sanitaria REP\_PROV\_VE/VE-SUPRO/0224902 del 06/08/2019