



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
P. iva 04532570274

Autorizzazione sanitaria REP_PROV_VE/VE-SUPRO/0224902 del 06/08/2019