



Oggetto: Modulo di autocertificazione COVID-19 gioco di ruolo dal vivo

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____, ____/____/____

DICHIARA CHE

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Al momento è affetto/a o sospetta di essere affetto/a da Covid-19 | SI. | NO. |
| 2. È stato, che lei sappia, affetto da Covid-19 | SI. | NO. |
| a. Se sì è stato dichiarato guarito clinicamente o con un tampone | SI. | NO. |
| 3. Ha avuto contatti stretti con soggetti Covid-19 positivi nelle ultime 3 settimane? | SI. | NO. |
| 4. Ha o ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni? | SI. | NO. |
| a. Febbre/Febricola (37.5°) | SI. | NO. |
| b. Tosse | SI. | NO. |
| c. Difficoltà respiratoria | SI. | NO. |
| d. Congiuntivite | SI. | NO. |
| e. Raffreddore | SI. | NO. |
| f. Mal di gola | SI. | NO. |
| g. Alterazione del gusto | SI. | NO. |
| h. Alterazione dell'olfatto | SI. | NO. |
| i. Spossatezza | SI. | NO. |
| j. Cefalea | SI. | NO. |
| k. Dolori muscolari diffusi | SI. | NO. |
| 5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia auto-imposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane? | SI. | NO. |
| 6. Il sottoscritto ha provveduto autonomamente a misurarsi la temperatura prima di recarsi quest'oggi all'incontro stabilito per l'attività di gioco di ruolo dal vivo e ha constatato di non avere la temperatura superiore a 37.5°. Lo staff potrà comunque rilevare la mia temperatura a fini di controllo, secondo il protocollo sanitario. | | |

Infine, il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite corrispondono a verità.

Deccio di Brancoli, 24/10/2021

Firma dell'associato o del genitore
(se l'associato è minorenne)



Via Cesare Battisti, 36
55100, Lucca (LU)
Italia
CF: 92061170467



- Fantasy Real Dreams"

TELEFONO 345 0990743
E-MAIL fantasyrealdreams@fantasyLUCCA.it
PEC fantasyrealdreams@pec.fantasyLUCCA.it
SITO WEB www.fantasyLUCCA.it



@fantasyrealdreams