



AERO CLUB D'ITALIA

ALLEGATO 3 - MODULO DI TRIAGE

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare in una nota*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?

- Sì
 No

(*) Nota: _____

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- Febbre
 Tosse secca
 Respiro affannoso/difficoltà respiratorie
 Dolori muscolari diffusi
 Mal di testa e raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
 Mal di gola
 Congiuntivite
 Diarrea
 Perdita del senso del gusto (ageusia)
 Perdita del senso dell'olfatto (anosmia)

È già risultato positivo all'infezione da coronavirus (COVID-19)?

- Sì
 No

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ Via _____

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) _____

Contatto telefonico _____ Mail _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000.

Firma

Luogo e Data _____