



Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

nato/a il _____ a _____ (prov _____)

dichiara di:

- ASSENZA DI EPISODI FEBBRILI NELLE 48 ORE PRECEDENTI: SI NO

- ASSENZA DI STATO DI QUARANTENA: SI NO

- SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO: SI NO NON NOTO

SE SI SPECIFICARE:

luogo _____ e data di partenza dalla località a rischio: _____

- ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI nei 14 giorni precedenti: SI NO

- ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI nei 14 giorni precedenti: SI NO

- CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI nei 14 giorni precedenti: SI NO

Inoltre il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni soprariportate.

Faenza, data ____/____/____

Firma _____

FAENZA BASKET PROJECT

Piazza Martiri Della Libertà, 39 – 48018 Faenza – Telefono: 3485624420

CF: 90034240391 - PIVA: 02533780397

faenzabp@gmail.com - faenzabasketproject.it