­Con la presente iscrizione al pellegrinaggio UNITALSI in partenza dalla Sezione …………………….. il sottoscritto

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento: Carta d’identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Passaporto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono mobile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti e alla segreteria UNITALSI l’insorgere nel tempo intercorrente tra l’iscrizione al pellegrinaggio e la partenza per lo stesso, su sé stesso o su minori o persone per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli descritti nella presente scheda, cosciente che la sopravvenienza delle condizioni in oggetto impediranno la partecipazione al pellegrinaggio stesso.

1. Febbre >37,5° **SI ­ NO** ­ 2. Tosse **SI ­ NO** ­ 3. Stanchezza **SI ­ NO** ­ 4. Mal di gola **SI ­ NO** ­

5. Mal di testa **SI ­ NO** ­ 6. Dolori muscolari e/o articolari **SI ­ NO** ­ 7. Congestione nasale **SI ­ NO** ­

8. Nausea **SI ­ NO** ­ 9. Vomito **SI ­ NO** ­ 10. Perdita di olfatto o gusto **SI ­ NO** ­ 11. Congiuntivite **SI ­ NO** ­

12. Diarrea **SI ­ NO** ­

**DATI EPIDEMIOLOGICI**

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19 **SI ­ NO** ­ ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI DI COVID-19 **SI ­ NO** ­

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI DI COVID-19 **SI ­ NO** ­

CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI **SI ­ NO** ­

CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI **SI ­ NO** ­

HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI? **SI ­ NO** ­

Se si, dove:

­ ITALIA. (Regione: ........................)

­ ESTERO (Nazione: ……………….)

Il sottoscritto/a si impegna a ripresentare scheda aggiornata al momento della partenza per LOURDES

Durante il pellegrinaggio il/la sottoscritto/a acconsente ad essere accompagnato qualora necessario presso il Pronto Soccorso dell’ospedale in caso di comparsa di manifestazioni cliniche compatibili con una infezione in atto durante lo svolgimento del pellegrinaggio. ­

 il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali anche attraverso applicazione informatica, secondo le normative attualmente vigenti.

 ­ il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale, nonchè quelle prescritte dalla struttura ricettiva nella quale si recherà per tutta la durata del pellegrinaggio, ponendo particolare attenzione alla igiene delle mani e rendendosi disponibile alla rilevazione della temperatura corporea ogni qualvolta venga resa necessaria, senza registrazione della stessa se entro i normali parametri.

In fede ………………………………………………. DATA ………………………………………..