



Ajuntament de
Sant Antoni de Portmany

QÜESTIONARI DE SALUT PER US DE INSTAL·LACIONS ESPORTIVES (COVID-19)

Nom Llinatges

Data naixement Edat

Adreça Municipi

Adreça electrònica Telèfon

INFORMACIÓ CLÍNICA

	N/S	No	Si
Presenta símptomes (especialment febre, tos, dificultat respiratòria) compatibles amb COVID 19			
Ha presentat símptomes (especialment febre, tos, dificultat respiratòria) compatibles amb COVID 19 els darrers 14 dies?			
Ha estat en contacte estret amb alguna persona positiva de COVID 19 els darrers 14 dies?			
Li han fet alguna prova de diagnòstic per COVID 19 els darrer 14 dies?			

OBSERVACIONS

Declar, sota la meva responsabilitat, la veracitat de les dades proporcionades.

Data i signatura: _____