**DÉCLARATION COVID-19**

**UTA à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(nom de la ville)**

Nous vous demandons de remplir ce formulaire si vous êtes dans une des situations suivantes :

* vous éprouvez un ou des symptômes liés à la COVID-19 et vous devez vous rendre dans un centre de dépistage pour passer un test;
* vous avez reçu un résultat NÉGATIF au test de dépistage de la COVID-19;
* vous avez reçu un diagnostic POSITIF à la COVID-19;
* vous avez été placé en isolement à la demande de la santé publique;
* vous revenez d’un voyage à l'extérieur du pays et vous devez vous placer en isolement pour 14 jours.

**Les données transmises par ce formulaire seront traitées**

**dans la plus grande confidentialité.**

**Sélectionnez l'énoncé qui s'applique le plus à votre situation 🗹 :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | J’éprouve un ou des symptômes liés à la COVID-19 et je dois passer un test de dépistage. |
|  | J'ai reçu un résultat NÉGATIF à mon test de dépistage de la COVID-19. |
|  | J’ai reçu un diagnostic POSITIF à la COVID-19. |
|  | J’ai été placé en isolement à la demande de la santé publique. |
|  | Je suis de retour de l'extérieur du pays et je dois me placer en isolement pour 14 jours. |

**Veuillez donner plus de précisions sur votre situation (ex : date du diagnostic, date de la mise en isolement par la santé publique, pays visité et date de retour, etc.).**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom :** | **Nom :** |
| **Numéro de téléphone :** | **Courriel :** |
| **Sigle et groupe de l’activité auquel vous avez participé : UT groupe :** | **Titre de l’activité :** |

IMPORTANT : Transmettre le document rempli au courriel : [**info.covid@usherbrooke.ca**](mailto:info.covid@usherbrooke.ca)