

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

La ringraziamo per la collaborazione.

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Negli ultimi 30 giorni ho avuto...?

Febbre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Negli ultimi 14 giorni ho avuto...?

Contatti con persone malate di COVID-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Le è noto d'aver avuto un'infezione da COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si trova in quarantena o isolamento fiduciario?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma _____

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute Sua e delle persone che Le stanno vicino, Le chiediamo di seguire le istruzioni che Le verranno fornite dal personale.