

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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MAL DI GOLA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIFFICOLTÀ DI RESPIRO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MANCANZA DEL SENSO DEL GUSTO E/O OLFATTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIARREA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HO AVUTO CONTATTI CON ...?

CONTATTI CON PERSONE CHE ERANO MALATI DI COVID 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI CON PERSONE CHE AL MOMENTO DEL CONTATTO CON ME PRESENTAVANO SINTOMI INFLUENZALI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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