

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	No
Tosse	Si	No
Mal di gola	Si	No
Difficoltà di respiro	Si	No
Congiuntivite	Si	No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	Si	No
Diarrea	Si	No

negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con?

contatti con persone che erano malati COVID 19	Si	No
contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali	Si	No

DATA _____ FIRMA _____

Nel caso ci siano risposte affermativie, 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.