

Nome del visitatore: _____ Nome dell'ospite: _____
Data appuntamento: _____

ALLEGATO 1 (Rev.01 di aprile 2021)

Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore

1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero? ☐ NO ☐ Sì

Se sì, dove (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri)?

Data inizio permanenza

Data di rientro: _____

2. Hai avuto contatti* con casi accertati di COVID-19? ☐ NO ☐ Sì

*(PER CONTATTO SI INTENDE PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO SENZA MASCHERINE)

3. Hai avuto contatti* con:

i. persone che hanno fatto il tampone? ☐ NO ☐ Sì

ii. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone? ☐ NO ☐ Sì

iii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena? ☐ NO ☐ Sì

iv. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? ☐ NO ☐ Sì

*(PER CONTATTO SI INTENDE PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO SENZA MASCHERINE)

4. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore) ☐ NO ☐ Sì

*(PER CONTATTO SI INTENDE PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO SENZA MASCHERINE)

5. Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti 2, 3, 4, si trattava di:

i. un tuo familiare convivente? ☐ NO ☐ Sì

Nome del visitatore: _____ Nome dell'ospite: _____
Data appuntamento: _____

ii. un collega di lavoro? ☐ NO ☐ SÌ

iii. persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc.)? ☐ NO ☐ SÌ

6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al

COVID-19 dalla app IMMUNI?

☐ NO ☐ SÌ

7. Hai fatto il tampone/test per COVID-19? ☐ NO ☐ SÌ

8. Se sì, sei risultato positivo? ☐ NO ☐ SÌ

9. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19? ☐ NO ☐ SÌ

10. Se sì, sei guarito? ☐ NO ☐ SÌ

11. Negli ultimi 14 giorni hai avuto o hai al momento i seguenti sintomi?

i. febbre superiore a 37,5° C? ☐ NO ☐ SÌ

ii. tosse ☐ NO ☐ SÌ

iii. stanchezza ☐ NO ☐ SÌ

iv. dolori muscolari ☐ NO ☐ SÌ

v. difficoltà a respirare ☐ NO ☐ SÌ

vi. espettorazione ☐ NO ☐ SÌ

vii. mal di gola ☐ NO ☐ SÌ

viii. mal di testa ☐ NO ☐ SÌ

ix. congiuntivite ☐ NO ☐ SÌ

x. vomito ☐ NO ☐ SÌ

xi. diarrea ☐ NO ☐ SÌ

Data, _____

Il familiare/i o amministratore di sostegno, consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

(aggiungere nome e cognome in stampatello accanto alla firma)

