

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

ALLEGATO 1 (Rev.02 del 04/06/2021)

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)

Se ha risposto sì, indicare la data presunta o certa: _____

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)

Se ha risposto sì in almeno in un caso, indicare la data presunta o certa: _____

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)

Se ha risposto sì in almeno in un caso, indicare la data presunta o certa: _____

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

i. un tuo familiare convivente? NO Sì

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?

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

NO Sì

Se ha risposto sì, indicare la data presunta o certa: _____

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

Se sì, indicare la data _____; sei risultato positivo? NO Sì

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

Se ha risposto sì, indicare la data di dimissione: _____

10. Se sì, sei guarito? NO Sì

Se ha risposto sì, indicare la data di guarigione certificata: _____

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)

Firma _____ Nome e cognome _____

Firma _____ Nome e cognome _____