

Nome del visitatore: _____ Nome dell'ospite: _____

Data appuntamento: _____

ALLEGATO 1

Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore (Rev.03 del 11/08/21)

Il sottoscritto _____

DICHIARA di essere in possesso del **Green Pass – certificazione verde** e di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna; il Green Pass di cui è titolare certifica:

il completamento del ciclo vaccinale avvenuto in data _____; il Green pass ha validità fino a _____

l'avvenuta somministrazione della prima dose di vaccino effettuata in data _____; il Green pass ha validità fino a _____

l'avvenuta guarigione dal Covid-19 avvenuta in data _____; il Green pass ha validità fino a _____

l'esecuzione di un tampone molecolare o antigenico con esito negativo avvenuta in data _____; il Green pass ha validità fino a _____

QUESTIONARIO:

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)

Nome del visitatore: _____ Nome dell'ospite: _____

Data appuntamento: _____

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?

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

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

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

9. Se sì, sei guarito? NO Sì

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

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

- | | |
|--|--|
| i. febbre superiore a 37,5° C? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì | ii. tosse <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì |
| iii. stanchezza <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì | iv. dolori muscolari <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì |
| v. difficoltà a respirare <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì | vi. espettorazione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì |
| vii. mal di gola <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì | viii. mal di testa <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì |
| ix. congiuntivite <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì | x. vomito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì |
| xi. diarrea <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 _____