

Nome del visitatore: _____ Nome dell'ospite: _____

Data appuntamento: _____

ALLEGATO 1

Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore (Rev.05 del 27/12/21)

Il sottoscritto _____

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

- il completamento del ciclo vaccinale (tre dosi) avvenuto in data _____;
- il completamento del ciclo vaccinale primario (due dosi) e l'esito negativo di un tampone antigenico rapido o molecolare, somministrato in data _____;
- l'avvenuta guarigione dal Covid-19 avvenuta in data _____ e l'esito negativo di un tampone antigenico rapido o molecolare, somministrato in data _____.

In tutti e tre i casi a decorrere dal 1° febbraio 2022 il green pass avrà una durata di sei mesi.

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? 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 _____