

Nome del visitatore: \_\_\_\_\_ Nome dell'ospite: \_\_\_\_\_

Data appuntamento: \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 1

### Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore (Rev.06 del 18/06/2022)

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 \_\_\_\_\_.

#### 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)

NO  Sì

Nome del visitatore: \_\_\_\_\_ Nome dell'ospite: \_\_\_\_\_

Data appuntamento: \_\_\_\_\_

\*(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 \_\_\_\_\_