



## ALLEGATO 1

### Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore (Rev.07 del 09/01/2023)

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

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

#### QUESTIONARIO:

1. Hai avuto contatti\* con casi accertati di COVID-19 negli **ultimi 5 giorni**?  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, ti raccomandiamo di non accedere alla Struttura.

2. Se hai risposto sì alla domanda n.1, hai avuto sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, dal giorno del contatto e/o ne hai tuttora?

NO  Sì (se hai risposto sì ti raccomandiamo di non accedere alla Struttura)

3. Se hai risposto sì alla domanda n.2, hai eseguito un tampone (antigenico o molecolare) per COVID-19 che sia risultato negativo?

NO  Sì (se hai risposto no ti raccomandiamo di non accedere alla Struttura)

4. Sei risultato positivo al tampone/test per COVID-19 nelle ultime tre settimane?

NO  Sì Se sì, indicare la data \_\_\_\_\_

5. Se hai risposto sì alla domanda n.4, sei asintomatico da almeno 2 giorni?

NO  Sì Se hai risposto no, **non ti è consentito l'accesso alla Struttura**

6. Se hai risposto sì alla domanda n.5, hai effettuato un tampone antigenico o molecolare che sia risultato negativo?  NO  Sì Se hai risposto no, **non ti è consentito l'accesso alla Struttura**

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 \_\_\_\_\_