

## ALLEGATO 1

### 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)

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)

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)

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

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

8. Se sì, sei risultato positivo?  NO  SÌ

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

10. Se sì, sei guarito?  NO  SÌ

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_