

## Questionario di re-ingresso dell'ospite

1. 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: \_\_\_\_\_

2. 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, indicare l'evento occorso e la data presunta o certa: \_\_\_\_\_

3. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi similinfluenzali?  
(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)

Se ha risposto sì, indicare la data presunta o certa: \_\_\_\_\_

4. 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: \_\_\_\_\_

5. 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

Se ha risposto sì, indicare l'evento occorso e la data presunta o certa: \_\_\_\_\_

6. È consapevole che, al terzo e al quinto giorno dopo il rientro in Struttura, le sarà somministrato un tampone antigenico rapido e che in caso di positività sarà sottoposto alle note procedure anti-Covid?

NO  Sì

Data, \_\_\_\_\_

L'ospite e il familiare/i o amministratore di sostegno, responsabili dell'uscita dell'ospite, consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (aggiungere nome e cognome in stampatello accanto alla firma)

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