

ALLEGATO 2

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)

2. Hai avuto contatti* con:

v. persone che hanno fatto il tampone? NO Sì

vi. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone? NO Sì

vii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena? NO Sì

viii. 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)

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)

4. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?
NO Sì

5. Negli ultimi 14 giorni hai avuto o hai al momento i seguenti sintomi?

xii. febbre superiore a 37,5° C? NO Sì

xiii. tosse NO Sì

- xiv. stanchezza NO SÌ
- xv. dolori muscolari NO SÌ
- xvi. difficoltà a respirare NO SÌ
- xvii. espettorazione NO SÌ
- xviii. mal di gola NO SÌ
- xix. mal di testa NO SÌ
- xx. congiuntivite NO SÌ
- xxi. vomito NO SÌ
- xxii. diarrea 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)

