

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

La ringraziamo per la collaborazione.

Io sottoscritto/a ..... nato/a il .....

**Negli ultimi 30 giorni ho avuto ...?**

Febbre	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Tosse	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

**Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con ...?**

contatti con persone che erano malati COVID 19	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Data ..... Firma .....

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di seguire le istruzioni che Le verranno fornite dal personale.

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

La ringraziamo per la collaborazione.

Io sottoscritto/a ..... nato/a il .....

**Negli ultimi 30 giorni ho avuto ...?**

Febbre	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Tosse	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

**Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con ...?**

contatti con persone che erano malati COVID 19	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Data ..... Firma .....

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di seguire le istruzioni che Le verranno fornite dal personale.

