

DICHIARO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
NON SONO risultato/a positivo al COVID19 o stato/a sottoposto/a a misure di quarantena

SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO COVID-19

Presenta ora o negli ultimi 15 giorni ha presentato uno dei seguenti ora sintomi influenzali?

Temperatura corporea: = o > 37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Difficoltà respiratoria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Altri sintomi negli ultimi 15 giorni, se si quali? _____

Ha avuto contatti con persone accertate o sospette COVID-19? SI NO

Vi sono persone con esperienza di febbre o problemi respiratori o tosse negli ultimi 14 giorni in stretto contatto con voi? SI NO

Ha frequentato ambienti sanitari (es. ospedali, ambulatori private) negli ultimi 15 gg.? SI NO

Se si dove _____

Ha soggiornato in paesi o località a rischio negli ultimi 15 giorni

SI NO

Se si dove _____

Sono consapevole che chi volontariamente nasconde la positività o viola la quarantena, o non dichiara i sintomi è punibile dalla legge.

NOME COGNOME:

Numero di tel:..... / email:.....

Data e firma:...../.....