

<b>INFORMATIVA IN MERITO ALLE DISPOSIZIONI IN ATTO PER IL CONTENIMENTO DEL COVID – 19</b>
---

<b>SCHEMA DI VALUTAZIONE INGRESSO CLIENTI/VISITATORI – (da compilare a cura del personale amministrativo)</b>
---

**Rispondere alle seguenti domande:**

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare in una nota*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
---

SI
----

NO
----

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?
---

SI _____ NO
-------------

febbre	
tosse secca	
respiro affannoso/difficoltà respiratori	
mal di testa	
dolori muscolari diffusi	
raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)	
mal di gola	
perdita del senso del gusto (ageusia)	
perdita del senso del dell'olfatto (anosmia)	

Il COVID-19 è un virus respiratorio che si diffonde principalmente attraverso il contatto stretto o il contatto diretto /indiretto:

- **contatto stretto** in ambienti chiusi per esposizione a goccioline (droplets) emesse con tosse e starnuti di persone infette;
- **contatto diretto o indiretto** con le secrezioni es contatto con mani contaminate (non ancora lavate) che toccano bocca, naso e occhi. (\*)

Nota: \_\_\_\_\_

<b>DATI ANAGRAFICI</b>
------------------------

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_