

INFORMATIVA IN MERITO ALLE DISPOSIZIONI IN ATTO PER IL CONTENIMENTO DEL COVID – 19

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

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: _____

DATI ANAGRAFICI

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 _____