



QUESTIONARIO DI VERIFICA SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO PER COVID 19

Il/La sottoscritto/a _____

Data di nascita _____ Tel/Cell _____

Dichiara e sottoscrive quanto segue

- | | | |
|--|----|----|
| " Negli ultimi 14 gg e comparsa una febbre superiore a 37,5°C? | SI | NO |
| " Negli ultimi 14 gg e comparsa tosse, difficoltà respiratoria, perdita del gusto e dell'olfatto? | SI | NO |
| " Negli ultimi 14 gg sono comparsi sintomi influenzali quali mal di gola, dolori muscolari diffusi, vomito, diarrea, mal di testa, congiuntivite {almeno 2 sintomi)? | SI | NO |
| " Negli ultimi 14 gg ha avuto contatti stretti con una persona positiva al coronavirus? | SI | NO |
| " Negli ultimi 14 gg ha avuto contatti stretti con una persona sospetta per coronavirus in attesa dell'esito del tampone? | SI | NO |

Dichiara di non essere in isolamento domiciliare fiduciario e/o in quarantena.

Consapevole dei rischi potenziali durante l'accesso nell'ufficio dell'Ordine APPC di Mantova, dichiaro di indossare mascherina protettiva e di utilizzare gel disinfettante, di sottopormi alle procedure previste per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione: indossare correttamente la mascherina, igienizzazione delle mani, distanziamento, acconsento alla verifica della mia temperatura tramite termometro misuratore a distanza.

Mantova, ____/____/2022 FIRMA _____