

	QUESTIONARIO CONOSCITIVO COVID-19	M-COVID19
		REV 3 DEL 01/02/2022
		Pag. 1 di 1

Il Sottoscritto _____ **Nato a** _____
 _____ **il** ____ / ____ / ____ **Telefono** _____
email _____ **@** _____ **Residente a** _____
in via/piazza _____ **n°** _____

- **Se in possesso del Certificato Verde COVID-19** **Sì** **NON compilare il questionario**
- **Se** **No** **compilare il questionario**
- **in caso di RICOVERO** **Sì** **compilare comunque il questionario**

1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì _____
2. Hai avuto contatti STRETTI con casi accertati di COVID-19? (per contatto stretto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore ad un metro di durata superiore a 15 minuti senza mascherine)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
3. Hai fatto il tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì DATA: _____
4. Se sì, sei risultato positivo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
5. Sono stato sottoposto a regime di quarantena <input type="checkbox"/> Sono stato sottoposto ad isolamento domiciliare <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
6. Sei stato affetto da Covid -19 e sei guarito?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
7. Al momento hai i seguenti sintomi? febbre = 37,5° C <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì tosse – stanchezza – dolori muscolari – difficoltà a respirare – espettorazione – mal di gola – mal di testa – congiuntivite – vomito – diarrea	Se si quali ? _____ _____ _____
Io sottoscritto attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sanitaria ed all'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti medici ai quali mi dovrò sottoporre	
<input type="checkbox"/> Autorizzo <input type="checkbox"/> NON Autorizzo al trattamento dei miei dati personali relativi al mio stato di salute contenuti in questo modulo ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente	

Roma _____ Firma Leggibile _____