

	<b>QUESTIONARIO CONOSCITIVO COVID-19</b>	M-COVID19
		REV.1 DEL 13/07/2022
		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? ( <b>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</b> )	<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? <b>febbre = 37,5° C</b> <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"/> Fornisco il consenso <input type="checkbox"/> NON Fornisco il consenso  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. Apponendo la firma sottostante confermo di aver preso visione dell'informativa completa all'indirizzo internet <a href="http://www.villavaleria.org/informativacovid">www.villavaleria.org/informativacovid</a> .	

Roma \_\_\_\_\_

Firma Leggibile \_\_\_\_\_