

CHECKLIST PER L'ACCESSO ALLA STRUTTURA

Misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID 19

Nome e cognome _____,
data di nascita ____ . ____ . ____ luogo di nascita _____ (____),
residenza _____ (____), via _____
utenza telefonica _____

negli ultimi 14 giorni:

- non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID
- non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o con sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, ecc.)
- non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;
- non è rientrato in Italia, né ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da paesi extra UE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta, Spagna, Francia, Belgio, Paesi Bassi, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Repubblica Ceca

non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc)
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia)

Data _____

Firma leggibile del dichiarante
(specificare se genitore/accompagnatore/altro)
