Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispndente alla Sua risposta).

La ringraziamo per la collaborazione.		
lo sottoscritto/a nato/a	.il	
Negli ultimi 30 giorni ho avuto?		
Febbre	☐ Sì	□ No
Tosse	☐ Sì	□ No
Mal di gola	□ Sì	□ No
Difficoltà di respiro	☐ Sì	□ No
Congiuntivite	☐ Sì	□ No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	☐ Sì	□ No
Diarrea	☐ Sì	□ No
Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con?		
contatti con persone che erano malati COVID 19	☐ Sì	□ No
contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali	☐ Sì	□ No

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di seguire le istruzioni che Le verranno fornite dal personale.