

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione incorrerò in sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000. Dichiaro che le informazioni contenute nel presente documento sono veritiere e corrette.

Visitatore **Cognome** _____ **Nome** _____
Nato a _____ **Il** _____ **Residente in** _____
Via _____ **Codice Fiscale** _____

DICHIARA

Dati Clinici

	attuale		Nei 14 gg precedenti	
Febbre/brividi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Faringodinia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Irritabilità confusione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori toracici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Astenia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestionamento nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Artromialgie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dispnea o respiro corto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anosmia /Ageusia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Dati Epidemiologici

	attuale		Nei 14 gg precedenti	
Contatti con casi accertati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatti con casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatti con familiari di casi sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Frequentazione ambienti sanitari con casi accertati/sospetti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Frequentazione mercato animali vivi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Viaggi SI NO data _____ Note: _____

Isolamento fiduciario SI NO dal _____ al _____
 Quarantena con sorveglianza attiva SI NO dal _____ al _____

Data _____

Esprimo il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati nel rispetto di quanto stabilito dal GDPR 679/2016 e D.lgs 101/2018

Firma del Visitatore

Addetto al Varco