

**QUESTIONARIO VISITATORE &
DIPENDENTE DI RIENTRO DALLA MALATTIA**

Il/La sottoscritto/a

Data di nascita Tel. / Cell.

Dichiara e sottoscrive quanto segue:

- ◆ Negli ultimi **14 giorni** è comparsa una febbre superiore a 37,5°C?
SI **NO**
- ◆ Negli ultimi **14 giorni** è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, perdita del gusto e dell'olfatto?
SI **NO**
- ◆ Negli ultimi **14 giorni** sono comparsi sintomi influenzali quali mal di gola, dolori muscolari diffusi, vomito, diarrea, mal di testa, congiuntivite (almeno 2 sintomi)?
SI **NO**
- ◆ Negli ultimi **14 giorni** ha avuto contatti stretti con una persona positiva al coronavirus?
SI **NO**
- ◆ Negli ultimi **14 giorni** ha avuto contatti stretti con una persona sospetta per coronavirus in attesa dell'esito del tampone ?
SI **NO**
- ◆ Dichiara di **non essere** in isolamento domiciliare fiduciario e/o in quarantena.

Consapevole dei rischi potenziali durante l'accesso nello stabilimento, accetto di sottopormi alle procedure previste da OP LATIUM SOC.COOP.AGR. per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione: misurazione della temperatura, indossare correttamente la mascherina, igienizzazione delle mani, distanziamento.

DATA COMPILAZIONE _____ FIRMA _____

ATTENZIONE: Se ha risposto **SI** ad una delle domande di cui sopra **NON DOVRÀ** accedere nello stabilimento e dovrà contattare il suo medico di medicina generale per gli eventuali accertamenti.