

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE ESPOSIZIONE A COVID-19

Cognome	Nome
Data Nascita	Luogo Di Nascita
Residenza	N.
Comune	Tel./Cell
Numero dei conviventi	

ZONA ROSSA DI ESPOSIZIONE

AREE EPIDEMICHE	Come riportato costantemente sul sito dell'OMS
REGIONE LOMBARDIA	Bertonico, Casalpusterlengo, Castelgerundo, Castiglione D'Adda, Codogno, Fombio, Maleo, San Fiorano, Somaglia, Terranova di Passerini
REGIONE VENETO	Vò Euganeo, Mira <small>(indicata dall'Ordinanza del Presidente Regione Lazio)</small>
Ulteriori aree epidemiche aggiornate come riportato sul sito https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeee1b9125cd http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5351&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto	

SOGGIORNA O HA SOGGIORNATO NELLE LOCALITA' DELLA ZONA ROSSA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Se SI specificare il paese _____ Data di partenza dalla zona a rischio __/__/__

I suoi familiari sono stati a contatto con casi sospetti o ad alto rischio
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO

Ha viaggiato negli ultimi tre mesi fuori dall'Italia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se SI specificare il paese _____ Data di partenza dalla zona a rischio __/__/__		

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITA' A RISCHIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

PRESENTA I SEGUENTI SINTOMI INFLUENZALI

Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Febbre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016 del 27.04.2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati. Consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nel seguente questionario corrispondono a verità.

DATA E LUOGO

FIRMA