

## 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

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

<b>SOGGIORNA O HA SOGGIORNATO NELLE LOCALITA' DELLA ZONA ROSSA</b>
<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 __/__/__

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

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

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