

MODULO PER LA PARTECIPAZIONE AL SORTEGGIO PUBBLICO DEL 06/07/2020 ORE 9.30 PRESSO LA "SALA DEI RE" POSTA AL PIANO TERRA DI PALAZZO SANTACROCE –ALDOBRANDINI IN PIAZZA DEL MONTE DI PIETÀ 33.

IL SOTTOSCRITTO	
Cognome _____	Nome _____

MEDICO CURANTE	
Cognome _____	Nome _____
Tel. _____	ASL appartenenza _____

Al fine di consentire la stima di possibile contatto COVID-19

DICHIARA	
<input type="checkbox"/> Di non provenire né essere transitato negli ultimi 14gg in zone/comuni/località identificate come zona rossa	
<input type="checkbox"/> Specificare se negli ultimi 14 gg sono stati effettuati viaggi/spostamenti da Regioni/Province:	
LOCALITA DA _____ A _____	DATA ____/____/____
LOCALITA DA _____ A _____	DATA ____/____/____
<input type="checkbox"/> NEGA DI AVERE AL MOMENTO UNO O PIU' DEI SEGUENTI SINTOMI: (SE PRESENTI BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)	
1. FEBBRE <input type="checkbox"/> 2. TOSSE <input type="checkbox"/> 3. RAFFREDDORE <input type="checkbox"/> 4. DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> NEGA DI AVER AVUTO I SEGUENTI SINTOMI NEI 14 GIORNI PRECEDENTI A QUESTA VISITA (SE PRESENTI BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)	
1. FEBBRE <input type="checkbox"/> 2. TOSSE <input type="checkbox"/> 3. RAFFREDDORE <input type="checkbox"/> 4. DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	
CONTATTO CON SOGGETTI ACCERTATI DI COVID-19 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CONTATTO CON CASI SOSPETTI DI COVID-19 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CONTATTI CON PERSONE CON SINTOMI SIMIL-INFLUENZALI NEGLI ULTIMI 14GG <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	

FIRMA