



QUESTIONARIO TRIAGE PRE USCITA

Cognome _____ Nome _____
Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____
in qualità di _____ dell'ospite _____,
Recapito telefonico _____.

Il soggetto che si assumerà la responsabilità dell'ospite e se presenti, i propri familiari conviventi:

Ha/hanno avuto una diagnosi di COVID-19?	SI	NO
-Se la risposta è SI è/sono guarito/i? (tamponi negativi?)	SI	NO
E'/Sono in quarantena?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha/hanno avuto contatti con persone affette da COVID-19?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha/hanno avuto contatti con persone in quarantena?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno / hanno avuto/hanno uno di questi sintomi?		
• Febbre/febbre	SI	NO
• Tosse e/o difficoltà respiratorie	SI	NO
• Malessere, astenia	SI	NO
• Cefalea	SI	NO
• Congiuntivite	SI	NO
• Sangue da naso/bocca	SI	NO
• Vomito e/o diarrea	SI	NO
• Inappetenza/anoressia	SI	NO
• Confusione/vertigini	SI	NO
• Perdita/alterazione dell'olfatto	SI	NO
• Perdita di peso	SI	NO
• Disturbi dell'olfatto e/o del gusto	SI	NO

T° Corporea rilevata _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e dichiara di aver preso visione, letto e compreso l'informativa al trattamento dei dati personali prevenzione diffusione Covid-19 resa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679.



QUESTIONARIO TRIAGE PRE USCITA

DATA _____

Firma _____