



Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

La ringraziamo per la collaborazione.

Io sottoscritto/a nato/a il

Negli ultimi 14 giorni ho avuto ...?

Febbre	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Tosse	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con ...?

contatti con persone che erano malati COVID 19	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Data Firma

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di seguire le istruzioni che Le verranno fornite dal personale.



Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

La ringraziamo per la collaborazione.

Io sottoscritto/a nato/a il

Negli ultimi 14 giorni ho avuto ...?

Febbre	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Tosse	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Difficoltà di respiro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con ...?

contatti con persone che erano malati COVID 19	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Data Firma

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di seguire le istruzioni che Le verranno fornite dal personale.

