



## QUESTIONARIO DI BUONA SALUTE

<b>COGNOME NOME:</b>
<b>in visita all'OSPITE:</b>

**Ha in questo momento o ha avuto negli ultimi 14 giorni?**

Febbre $\geq 37,5$	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Segni e/o sintomi correlabili a l'infezione da SARS-CoV-2 (Tosse secca, affaticamento, produzione di espettorato, problemi respiratori, mal di testa, mal di gola, vomito, diarrea, alterazione gusto/olfatto)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Contatti con casi sospetti o accertati di SARS-CoV-2	<b>SI</b>	<b>NO</b>

E' munito di mascherina standard FFP2 o superiori	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Ha presentato il certificato di vaccinazione	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
Ha presentato il certificato di avvenuta guarigione	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>
Ha presentato il referto del tampone rapido antigenico negativo (max 48h precedenti) eseguito in data __/__/__	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NP</b>

Sarnico, il \_\_/\_\_/\_\_

Firma dichiarante: \_\_\_\_\_

Firma operatore: \_\_\_\_\_