## SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE DA CORONAVIRUS

Dati anagrafici
Nome: Cognome:
Sesso: M□ F□ Data di nascita:
E-mail:
Residenza
Azzurro
DICHIARA
1. Negli ultimi 14 giorni <u>si è recato</u> in un luogo dove siano stati confermati casi di polmonite da nuovo coronavirus? SI□ NO□ NON NOTO□
Se si,
Dove: data di arrivo: data di partenza:
Dove: data di arrivo: data di partenza:
Dove: data di arrivo: data di partenza:
Data di arrivo in Porto Azzurro:
2. Negli ultimi 14 giorni è stato <u>a contatto</u> con una persona affetta da polmonite da nuovo coronavirus? SI□ NO□ NON NOTO□
Informazioni cliniche
Segni o sintomi respiratori: tosse□ mal di gola□ difficoltà respiratoria□  Segni o sintomi sistemici: febbre o febbricola□ cefalea□ mialgie□ malessere
generalizzato□ astenia□ calo ponderale□ anoressia□ confusione mentale□ vertigini□

Firma

Porto Azzurro, li