

Questionario monitoraggio settimanale dati sanitari
Monitoring weekly survey of health data

Cognome/family name	Nome/first name

Luogo e data di nascita/place and date of birth	Nazionalità/nationality

Indicare se negli ultimi 7 giorni si ha avuto
Specify if in the last 7 days you have had

Febbre/temperature	si/yes	no
Tosse/cough	si/yes	no
Recente difficoltà respiratoria/recent breath difficulty	si/yes	no
Perdita sensazione del gusto/loss of taste sense	si/yes	no
Perdita capacità di sentire gli odori/loss of smell sense	si/yes	no
Diarrea-vomito/diarrhea-vomit	si/yes	no
Inappetenza/lack of appetite	si/yes	no
Essere stato a stretto contatto con caso di COVID 19 sospetto o confermato (se noto)/ having been in touch with a COVID-19 case, suspect or confirmed (if known)	si/yes	no

Altro/other informations _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000).

Data/date

Firma/signature
