

Scheda di screening per ingresso di visitatori Commemorazione 12 luglio presso Campo di Fossoli

È necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza per tutti i presenti. Le chiediamo pertanto di rispondere alle seguenti domande:

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____
 Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____
 Comune di Residenza _____ Via _____ n. _____
 Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) _____
 Comune di Domicilio _____ Via _____ n. _____
 Contatto telefonico _____

Negli ultimi 14 gg:

- ha avuto un contatto stretto* o convive con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
 SI NO
- ha avuto un *contatto stretto** con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
 SI NO
- ha avuto un *contatto stretto** con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
 SI NO
- ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?
 SI NO
- è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?
 SI NO
- è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?
 SI NO

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> tosse | <input type="checkbox"/> mal di testa |
| <input type="checkbox"/> congiuntivite | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> raffreddore (naso chiuso e/o rinorrea) |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> anosmia (disturbi nella percezione di odore) |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi | <input type="checkbox"/> mal di gola |
| <input type="checkbox"/> A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto) | |

Con la sottoscrizione della presente scheda il partecipante dichiara altresì di avere letto e compreso l'informativa relativa al trattamento dei dati personali da parte di Fondazione Fossoli pubblicata sul sito ed esposta a fianco del modulo di raccolta dei dati.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.

Data _____

Firma _____

** I contatti stretti di casi sospetti, probabili o confermati di COVID-19, negli ultimi 14 giorni, sono definiti come coloro che:*

- *hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano);*
- *hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);*
- *hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;*
- *si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro;*
- *sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.*