



TRIAGE AI FINI DEL CONTENIMENTO DEL RISCHIO DI DIFFUSIONE DI COVID19

COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
RESIDENZA	COMUNE
DOMICILIO (se diverso da residenza)	COMUNE
NUMERO CONVIVENTI	RECAPITO TELEFONICO
DATI INTERLOCUTORE (in caso di contatto con altra figura giuridica avente diritto)	

SINTOMI		
Presenta o ha presentato negli ultimi 14 giorni insorgenza improvvisa di uno dei seguenti sintomi:		
Febbre	SI ☐	NO ☐
Affaticamento	SI ☐	NO ☐
Tosse secca	SI ☐	NO ☐
Mal di gola	SI ☐	NO ☐
Mal di testa	SI ☐	NO ☐
Diarrea	SI ☐	NO ☐
Vomito	SI ☐	NO ☐

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA	
Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2	
Negli ultimi 14 giorni:	
✓ Ha avuto familiari o persone contatti stretti (< 1m. per almeno 15 minuti senza dispositivi di protezione) confermati affetti da COVID19?	SI ☐ NO ☐
✓ Ha avuto familiari o persone contatti stretti sospetti/probabili per COVID19?	SI ☐ NO ☐
✓ Ha avuto familiari o persone contatti stretti con esperienza documentata di sintomi suggestivi di COVID19 (vedi sopra)?	SI ☐ NO ☐
Dichiara di essere stato positivo al COVID-19?	
SI ☐ quando _____	NO ☐ tamponi mai eseguito ☐
Dichiara di essere guarito da COVID?	SI ☐ quando _____ NO ☐
Dichiara di trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria?	SI ☐ quando _____ NO ☐

Con la sottoscrizione del presente modulo mi assumo la responsabilità civile e penale derivante da eventuali dichiarazioni errate, incomplete, false o reticenti, anche tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 650 c.p. fatta salva l'ipotesi di un reato più grave ovvero artt. 582-583 c.p.

IO SOTTOSCRITTO / O FIGURA GIURIDICA AVENTE DIRITTO CONFERMA QUANTO SOPRA DICHIARATO

DATA _____

FIRMA _____