## AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "SAN GIUSEPPE" DI PRIMIERO

Viale Marconi, 19 - Pieve 38054 PRIMIERO SAN MARTINO DI CASTROZZA (TN)

medico curante.



Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta). La ringraziamo per la collaborazione. lo sottoscritto/a......nato/ail.....nato/ail Negli ultimi 14 giorni ho avuto...? Febbre □ Sì □ No Tosse □ No ☐ Sì Mal di gola ☐ No □ No Difficoltà di respiro □ Sì Congiuntivite ☐ Sì ☐ No Mancanza del senso del gusto e/o olfatto □ No □ Sì Diarrea □ No Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con.....? contatti con persone che erano malati COVID 19 ☐ Sì □ No contatti con persone che al momento del contatto con me ☐ Sì □ No presentavano sintomi influenzali Data ..... Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino. Le chiediamo di rientrare al domicilio ed avvisare il

## AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "SAN GIUSEPPE" DI PRIMIERO

Viale Marconi, 19 - Pieve 38054 PRIMIERO SAN MARTINO DI CASTROZZA (TN)



Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta). La ringraziamo per la collaborazione. lo sottoscritto/a ...... nato/a il ..... Negli ultimi 14 giorni ho avuto ...? Febbre ☐ Sì □ No ☐ Sì Tosse ☐ No Mal di gola ☐ Sì □ No Difficoltà di respiro ☐ Sì ☐ No Congiuntivite ☐ Sì □ No Mancanza del senso del gusto e/o olfatto ☐ Sì ☐ No □ Sì Diarrea ☐ No Negli ultimi 14 giorni ho avutocontatti con....? contatti con persone che erano malati COVID 19 □ Sì □ No contatti con persone che al momento del contatto con me ☐ Sì ☐ No presentavano sintomi influenzali Data .....

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone

che le stanno vicino. Le chiediamo di rientrare al domicilio ed avvisare il medico



curante.