



**SCHEDA DI VALUTAZIONE DA COMPILARE PER ACCESSO ALLA STRUTTURA DA PARTE DI
FAMILIARI, CONGIUNTI, CONOSCENTI E ALTRI SOGGETTI**

Data dell'accesso _____ / _____ / _____

Il sottoscritto dichiara:

DATI ANAGRAFICI

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Comune di Residenza _____ Prov. _____

Indirizzo: Via/C.so/ Piazza _____ n. _____

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza):

Comune domicilio _____ Prov. _____

Indirizzo domicilio _____ n. _____

Contatti telefonici _____ / _____

Dichiara, altresì:

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare in una nota*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?

SÌ NO

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- febbre
- tosse secca
- respiro affannoso/difficoltà respiratorie
- dolori muscolari diffusi
- mal di testa
- raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

DIREZIONE

- mal di gola
- congiuntivite
- diarrea
- perdita del senso del gusto (ageusia)
- perdita del senso dell'olfatto (anosmia)

(*) Note

Dichiara, altresì, di aver preso conoscenza delle misure finalizzate alla prevenzione e contenimento del contagio da COVID-19 come illustrate dall'addetto della Struttura e dal materiale informativo messo a disposizione e si obbliga ad osservare le medesime misure durante tutta la durata della permanenza nella struttura.

Sono consapevole delle responsabilità penali di cui all'art. 76 nel caso di dichiarazioni mendaci rese degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Data _____ Firma leggibile _____