

**QUESTIONARIO PER ACCESSO AI LOCALI DI ACCADEMIADR**  
**Sede Bergamo, via Francesco Nullo n. 6**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ▪ Ha avuto COVID-19   | SI | NO |
| ▪ Se la risposta è SI, è guarito (tampone negativo)                         | SI | NO |
| ▪ E' in quarantena?   | SI | NO |
| ▪ Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID- 19 | SI | NO |
| ▪ Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone In quarantena?       | SI | NO |
| ▪ Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio             | SI | NO |
| ▪ Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?                 |    |    |
| ✓ Febbre  | SI | NO |
| ✓ Raffreddore   | SI | NO |
| ✓ Tosse e/o difficoltà respiratorie   | SI | NO |
| ✓ Malessere   | SI | NO |
| ✓ Stanchezza e/o dolori articolari  | SI | NO |
| ✓ Cefalea   | SI | NO |
| ✓ Congiuntivite   | SI | NO |
| ✓ Vomito e/o diarrea  | SI | NO |
| ✓ Perdita e/o alternazione di gusto e olfatto                               | SI | NO |

**DICHIARA**

di aver preso visione e di accettare espressamente, senza condizione o riserva alcuna, il Protocollo Sanitario di AccademiADR srl e di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna.

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

di essersi sottoposto in autonomia al controllo della temperatura corporea prima dell'accesso alla Sede di AccademiADR e che non vi sono sintomi di pericolo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ora entrata \_\_\_\_\_

Ora uscita \_\_\_\_\_