

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 _____