

CASA DI RIPOSO "Cha Maria" L.go Albert 1, Piazza di Lauriano (TO)	CHECK-LIST PER L'ACCESSO ALLA STRUTTURA	
--	--	---

Dati visitatore

NOME E COGNOME _____ tel _____

OSPITE che riceve la visita: _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dichiara sotto la propria responsabilità (barrare SI/NO a seconda del caso):

Ha attualmente tosse persistente e/o difficoltà respiratorie?	SI	NO
Ha avuto tosse persistente e/o difficoltà respiratorie negli ultimi 14 giorni?	SI	NO
Ha attualmente febbre superiore a 37,5° ?	SI	NO
Ha avuto febbre superiore a 37,5° negli ultimi 14 giorni?	SI	NO
Ha attualmente perdita del senso del gusto e/o dell'olfatto?	SI	NO
Ha avuto perdita nel senso del gusto e/o dell'olfatto negli ultimi 14 giorni?	SI	NO
Ha attualmente anche solo uno dei seguenti sintomi: raffreddore, stanchezza importante, dolori muscolari diffusi, mal di gola, mal di testa, congiuntivite, diarrea?	SI	NO
Ha avuto contatti stretti negli ultimi 14 giorni con soggetti confermati Covid-19 o in quarantena precauzionale (su indicazione del medico curante) anche in assenza di tampone?	SI	NO
È sottoposto a quarantena o qualcuno dei suoi conviventi è sottoposto a quarantena?	SI	NO

Il sottoscritto dichiara di essere informato in merito al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679.

Luogo e data

Firma del visitatore