

DICHIARAZIONE

Nome _____ Cognome _____

Località _____ Telefono _____

- 1.** Negli ultimi 15 giorni ha avuto contatti con qualcuno che presentava sintomi come tosse e/o febbre o con qualcuno che è risultato contagiato da COVID-19?

SI

NO

- 2.** Ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni?

Febbre

SI

NO

Tosse

SI

NO

Peggioramento condizioni di salute

SI

NO

Data _____

Firma
