Data	No Sintomi (*)	No Contatti (**)	Idoneo all'accesso/uscita		Firma operatore
			Sì	No	

Nome e Cognome:

(*) Sintomi da indagare
Febbre
Tosse
Raffreddore
Mal di gola
Congiuntivite
Perdita di gusto o olfatto
Diarrea o sintomi gastroenterici
Malessere generale/astenia/dolori muscolo-scheletrici

(**) Contatti da indagare
contatti con un caso sospetto o accertato COVID
avere un familiare/convivente con sintomatologia sospetta (sopracitata)
familiare/convivente in quarantena

Data	No Sintomi (*)	No Contatti (**)	Idoneo all'accesso/uscita		Firma operatore
			Sì	No	

Nome e Cognome:

(*) Sintomi da indagare
Febbre
Tosse
Raffreddore
Mal di gola
Congiuntivite
Perdita di gusto o olfatto
Diarrea o sintomi gastroenterici
Malessere generale/astenia/dolori muscolo-scheletrici

(**) Contatti da indagare
contatti con un caso sospetto o accertato COVID
avere un familiare/convivente con sintomatologia sospetta (sopracitata)
familiare/convivente in quarantena