

**QUESTIONARIO DI VERIFICA SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO COVID-19  
SOGGETTI CHE SI SOTTOPONGONO AL TAMPONE RAPIDO**

Farmacia **MARINELLO**

Indirizzo \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento di identità n° \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

**Dichiara e sottoscrive quanto segue:**

Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5°C

SI

NO

Negli ultimi 14 giorni sono comparsi sintomi influenzali quali mal di gola, dolori muscolari diffusi, vomito, diarrea, mal di testa, congiuntivite (almeno 2 sintomi)?

SI

NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti stretti con una persona positiva al coronavirus?

SI

NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti stretti con una persona sospetta per coronavirus in attesa dell'esito del tampone?

SI

NO

Data e luogo

TORINO

Firma del richiedente il test rapido

\_\_\_\_\_