

# ISTITUTO COMPRENSIVO

## CAMPORA-AIELLO

CONTENIMENTO DEL RISCHIO DI DIFFUSIONE DI COVID-19

### AGGIORNAMENTO DVR

#### DATI ANAGRAFICI

COGNOME: .....

NOME: .....

RESIDENZA: .....

INDIRIZZO .....

DATA DI NASCITA: .....

RECAPITO TELEFONICO .....

#### SINTOMI

	SI	NO
FEBBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOSSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOSSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAL DI GOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAL DI TESTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARREA		

#### INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

	SI	NO
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO FAMILIARI O PERSONE, CONTATTI STRETTI CONFERMATI/SOSPETTI/ PROBABILI COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci, conferma quanto sopra dichiarato e dichiara sotto la propria responsabilità di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al covid-19; esprime altresì il consenso al trattamento dei dati personali raccolti con il presente modulo.

Data .....

Firma .....