



# ISTITUTO BON BOZZOLLA

## ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA

### SCHEDA DI VALUTAZIONE VISITATORE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_  
Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Contatto telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Negli ultimi 14 giorni:

ha avuto un contatto stretto o convive con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?	SI	NO
ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?	SI	NO
ha avuto un contatto stretto con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?	SI	NO
ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?	SI	NO
è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?	SI	NO
è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?	SI	NO

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura	SI	NO
tosse	SI	NO
astenia	SI	NO
dolori muscolari diffusi	SI	NO
cefalea	SI	NO
raffreddore	SI	NO
mal di gola	SI	NO
congiuntivite	SI	NO
dissenteria	SI	NO
nausea e/o vomito	SI	NO
aritmia o episodi sincopali	SI	NO
anosmia (disturbi nella percezione di odore)	SI	NO
disgeusia (disturbi della percezione del gusto)	SI	NO

Certificazione Verde COVID-19:  Base  Rafforzato  Mega

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.*

*Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.*

Autorizzazione all'accesso:  SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Responsabile dell'istruttoria: Ausilio dott. Salvatore  
Coordinatore dei Servizi Socio Assistenziali e Sanitari – e-mail: [coordinatore@bonbozzolla.it](mailto:coordinatore@bonbozzolla.it)

Responsabile del procedimento: Frezza dott. Eddi  
Segretario – Direttore – e-mail: [direzione@bonbozzolla.it](mailto:direzione@bonbozzolla.it)