



# 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)