



QUESTIONARIO MONITORAGGIO SETTIMANA DATI SANTIARI DEL CONCORRENTE
MONITORING WEEKLY SURVEY OF HEALTH DATA OF THE COMPETITOR

Cognome / Family Name _____ Nome/ Given Name _____

Luogo e Data di Nascita / Place and Date of Birth _____

Nazionalità / Nationality _____

Indicare se negli ultimi 7 giorni si sono presentati
Specify if during the last 7 days has had

Febbre / Temperature	SI / YES	NO
Tosse / Cough	SI / YES	NO
Recente difficoltà respiratoria / Recent Breath Difficulty	SI / YES	NO
Perdita Sensazione del Gusto / Loss of Taste Sense	SI / YES	NO
Perdita capacità di sentire gli odori / Loss od Smell Sense	SI / YES	NO
Diarrea – Vomito / Diarrhea – Vomit	SI / YES	NO
Inappetenza / Lack of Appetite	SI / YES	NO
Essere stato a stretto contatto con caso di COVID-19 sospetto o confermato (se noto) / Having been in touch with CAVID-19 case, suspect or confirmed if known)	SI / YES	NO

Altro / Other Information _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art. 76 del DPR 445/2000)
Aware of the criminal penalties provided for in case of untruthful declarations (Art. 76 of DPR 445/2000)

Data / Date

Firma / Signature
