



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

**Istituto Comprensivo Marcaria – Sabbioneta**

Via Gaetano Donizetti, 2 – 46010 Marcaria (MN)

Via dell'Accademia, 2 – 46018 Sabbioneta (MN)

Tel : 0375 52029 – email : [MNIC839006@istruzione.it](mailto:MNIC839006@istruzione.it) PEC : [MNIC839006@pec.istruzione.it](mailto:MNIC839006@pec.istruzione.it)

Codice Meccanografico : MNIC839006 Codice Fiscale : 93075600200

Sito web : [icmarcariasabbioneta.edu.it](http://icmarcariasabbioneta.edu.it)

**QUESTIONARIO DI VERIFICA SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO  
DI CONTAGIO PER COVID 19**

**Da presentare ad ogni ingresso dell'esperto esterno**

Il sottoscritto/a.....

Data di nascita.....a ..... Tel/Cell.....

dichiara e sottoscrive quanto segue

- Negli ultimi **14 gg** è comparsa una febbre superiore a 37,5°C? **SI NO**
- Negli ultimi **14 gg** è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, perdita del gusto e dell'olfatto? **SI NO**
- Negli ultimi **14 gg** 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 gg** ha avuto contatti stretti con una persona positiva al coronavirus? **SI NO**
- Negli ultimi **14 gg** ha avuto contatti stretti con una persona sospetta per coronavirus in attesa dell'esito del tampone? **SI NO**

Dichiara di **non essere** in isolamento domiciliare fiduciario e/o in quarantena  
Consapevole dei rischi potenziali durante l'accesso presso il plesso dell'IC Marcaria  
Sabbioneta, accetto di sottopormi alle procedure previste per ridurre il rischio di  
trasmissione dell'infezione:

-misurazione della temperatura, indossare correttamente la mascherina,  
igienizzazione delle mani, distanziamento

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: Se ha risposto SI ad una delle domande di cui sopra NON DOVRA' presentarsi all'appuntamento e dovrà contattare il suo medico di medicina generale per gli eventuali accertamenti**