

Questionario sulla dichiarazione sanitaria pre-imbarco

(Il questionario deve essere completato da tutti gli adulti prima dell'imbarco)

Nome della nave:	Compagnia:	Giorno e ora del viaggio:	Porto di sbarco:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contatto telefonico per essere reperibili nei prossimi 14 giorni dopo lo sbarco:

Nome e cognome come riportato nel

Passaporto o nella Carta d'Identità:	Nome del padre:	Categoria:	Numero:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="text"/>

Nome completo di tutti i bambini di età inferiore ai 18 anni e che viaggiano con lei:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="text"/>

Negli ultimi 14 giorni:

	SI	NO
Hai, o qualcuno di cui sopra, presentato improvvisi sintomi di febbre o tosse o difficoltà respiratorie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai, o qualcuno di cui sopra, avuto stretto contatto con qualcuno a cui è stato diagnosticato il coronavirus COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai, o qualcuno di cui sopra, fornito assistenza a qualcuno con COVID-19 o hai lavorato con un operatore sanitario infetto da COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai, o qualcuno di cui sopra, visitato o soggiornato nelle immediate vicinanze di qualcuno con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai, o qualcuno di cui sopra, lavorato in stretta vicinanza o condiviso lo stesso ambiente di classe con qualcuno con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai, o qualcuno di cui sopra, viaggiato con un paziente con COVID-19 in qualche tipo di trasporto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai, o qualcuno di cui sopra, vissuto nella stessa famiglia di un paziente con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Siete stati sottoposti a tampone per Covid-19 negli ultimi 14 giorni? No In attesa di esito Esito positivo Esito negativo

Firma _____