

## Questionario sulla dichiarazione sanitaria pre-imbarco

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

<b>Nome della nave:</b>	<b>Compagnia:</b>	<b>Giorno e ora del viaggio:</b>	<b>Porto di sbarco:</b>
-------------------------	-------------------	----------------------------------	-------------------------

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

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

A) Ponte  
B) Poltrone tipo aereo  
C) Cabina

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

**Negli ultimi 14 giorni:**

Hai, o qualcuno di cui sopra, presentato improvvisi sintomi di febbre o tosse o difficoltà respiratorie? SI   NO

 

Hai, o qualcuno di cui sopra, avuto stretto contatto con qualcuno a cui è stato diagnosticato il coronavirus COVID-19?

 

Hai, o qualcuno di cui sopra, fornito assistenza a qualcuno con COVID-19 o hai lavorato con un operatore sanitario infetto da COVID-19?

 

Hai, o qualcuno di cui sopra, visitato o soggiornato nelle immediate vicinanze di qualcuno con COVID-19?

 

Hai, o qualcuno di cui sopra, lavorato in stretta vicinanza o condiviso lo stesso ambiente di classe con qualcuno con COVID-19?

 

Hai, o qualcuno di cui sopra, viaggiato con un paziente con COVID-19 in qualche tipo di trasporto?

 

Hai, o qualcuno di cui sopra, vissuto nella stessa famiglia di un paziente con COVID-19?