

Al fine di consentire l'accesso alla sede del concorso, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

Io sottoscritto/a nato/a il

Negli ultimi 14 giorni ho avuto uno o più dei seguenti sintomi, riconducibili ad infezione da COVID 19?

Febbre	☐ Sì ☐ No
Tosse	☐ Sì ☐ No
Mal di gola	☐ Sì ☐ No
Difficoltà di respiro	☐ Sì ☐ No
Congiuntivite	☐ Sì ☐ No
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	☐ Sì ☐ No
Diarrea	☐ Sì ☐ No

Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti NON PROTETTI con...?

persone che erano malati COVID 19	☐ Sì ☐ No
persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali riconducibili ad infezione da COVID 19	☐ Sì ☐ No

Data

Firma