



MISURE DI CONTENIMENTO ALLA DIFFUSIONE DEL CONTAGIO DA COVID-19 QUESTIONARIO "TURISMO & SICUREZZA" RIVOLTO ALLA CLIENTELA

DATA, _____

DATI ATTIVITÀ (la compilazione di questa sezione è a cura del titolare)

TIPOLOGIA ATTIVITÀ*	
DENOMINAZIONE	
INDIRIZZO	

* (ATTIVITÀ RICETTIVA ALBERGHIERA/EXTRAALBERGHIERA/ LOCAZIONE BREVE - BAR/ RISTORANTE/ PIZZERIA – AGENZIA DI VIAGGI/ SERVIZI TURISTICI/ SERVIZI DI NOLEGGIO - TAXI/ NCC E AFFINI - STABILIMENTO BALNEARE).

DATI CLIENTE

NOME	COGNOME	ETÀ
RESIDENZA	DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO N°	CELLULARE

Ha uno dei seguenti sintomi?

	SI	NO
Temperatura oltre 37,5 °C		
Tosse		
Affanno Respiratorio		
Recente perdita di gusto e/o olfatto		
Recenti disturbi gastroenterici (diarrea, nausea, vomito)		

Ha una delle seguenti condizioni negli ultimi 14 giorni?

	SI	NO
Stretto contatto o assistenza nello stesso ambiente chiuso con persona con febbre/tosse/affanno respiratorio o con un caso confermato di Covid-19 o, ancora con persona soggetta a quarantena fiduciaria		
Storia di viaggio o residenza nelle zone italiane dichiarate "rossa" attualmente in quarantena		

Firma del dichiarante _____