



SCHEDA TRIAGE COVID 19

COGNOME E NOME:

DATA DI COMPILAZIONE ____/____/____

CRITERIO 1 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)

PRESENZA DI SINTOMI MAGGIORI (almeno uno)

Febbre >37,5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____

CRITERIO 2 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)

PRESENZA DI SINTOMI MINORI (almeno due)

Rinite (raffreddore, mal di gola,...)/Faringodinia (difficoltà a deglutire)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mialgia/astenia (dolori muscolari, debolezza)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nausea/vomito/diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Disosmia/disgeusia (alterazione olfatto/gusto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____

CRITERIO 3 SITUAZIONI EPIDEMIOLOGICHE (almeno uno)

Isolamento fiduciario domiciliare in atto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

Nei 14 giorni precedenti: (almeno uno)

Hanno soggiornato o transitato nei paesi: Brasile, India, Bangladesh, Sri Lanka, Australia, Nuova Zelanda, Repubblica di Corea, Ruanda, Singapore, Tailandia, Giappone, Canada, Stati Uniti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatto stretto con caso confermato di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Decesso di familiare o convivente per cause inspiegate	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Accesso in ospedale, pronto soccorso o reparto ospedaliero con casi accertati di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Provenienza da struttura residenziale con casi accertati o sospetti di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nel vigente Protocollo della Funzione Pubblica per lo svolgimento dei concorsi pubblici, nel Piano Operativo relativo al Concorso per n. 14 posti di Collaboratore Amm.vo nonché delle altre modalità di svolgimento delle prove concorsuali esplicitate nella "Informativa ai candidati" (tutti documenti pubblicati sul sito Internet dell'A.O. Ordine Mauriziano).

Firma del candidato
