

## QUESTIONARIO

### DATI ANAGRAFICI

Nome:

Cognome:

Sesso:

Data di nascita:

Comune/Nazione di nascita:

### RESIDENZA

Comune di residenza

Indirizzo

Recapito telefonico principale

### **1. Ha un lavoro da cui ricava un guadagno?**

1. Sì, lavoro in Svizzera
2. Sì, lavoro solo in Italia
3. No, sto cercando lavoro
4. No, sono casalinga
5. No, sono studente
6. No, sono ritirato dal lavoro
7. No, sono in altra condizione

(Se sì a dom.1)

### **2. Qual è la sua professione?**

1. Lavoratore del settore sanitario (medico, infermiere etc.)
2. Dirigente
3. Quadro, impiegato
4. Capo operaio, operaio subalterno e assimilati, apprendista, lavorante a domicilio per conto d'impresa
5. Imprenditore
6. Libero professionista
7. Lavoratore in proprio (senza dipendenti)/coadiuvante familiare
8. Socio cooperativa
9. Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto), prestazione d'opera occasionale

### **3. Per andare a lavorare di solito che mezzi di trasporto usa?**

1. Mezzo proprio/privato
2. Mezzo pubblico
3. Entrambi
4. Nessun mezzo di trasporto

### **4. A partire dal 1 febbraio 2020 ha viaggiato in un paese estero?**

1. Sì -> 4.bis Quale Paese? \_\_\_\_\_
2. No

### **5. A partire dal 1 febbraio 2020, è stato a contatto con qualche persona affetta da COVID-19?**

1. Sì, negli ultimi 14 giorni
2. Sì, prima degli ultimi 14 giorni
3. No
4. Non so

(Se sì, a dom.5)

**6. La/e persona/e con cui è entrato in contatto erano:** (possibili più risposte)

1. familiare convivente
2. familiare non convivente
3. collega di lavoro
4. paziente
5. amico/amica
6. altra persona

**7. Ha ricevuto una diagnosi di COVID 2019:**

1. Sì                   ->7.bis Quando? |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
2. No

**8. A partire dal 1 febbraio 2020, ha avuto febbre e almeno un sintomo di malattia respiratoria?**

1. Sì                   -> 8.bis Quando? 1. Entro 14 giorni da oggi    2. Oltre 14 giorni da oggi
2. No

Firma del cittadino \_\_\_\_\_

#### DATI DI LABORATORIO

(compilazione a cura dell'operatore sanitario)

Data esecuzione del test sierologico: |\_\_\_\_\_|

Esito test: |\_\_POSITIVO\_\_| |\_\_NEGATIVO\_\_|

Data esecuzione del test virologico: |\_\_\_\_\_|

Esito test: |\_\_POSITIVO\_\_| |\_\_NEGATIVO\_\_|

Data: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| Comune di prelievo \_\_\_\_\_