

Al Dipartimento di Prevenzione Asl BN

UOC Servizio Epidemiologia e Prevenzione

Pec: dp.sep@pec.aslbenevento.it

Mail: dp.sep@aslbenevento1.it

SEGNALAZIONE DI PERSONA PROVENIENTE DA LOCALITA' A RISCHIO COVID-19.

DATI SOGGETTO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Domicilio attuale alla via _____ civico n. _____

Comune _____ Prov (____) tel/cellulare _____

Documento di riconoscimento _____

Numero dei conviventi _____

Dati del segnalante se diverso dal soggetto _____

PROVENINTE DA:

Città _____ Prov. _____ Regione _____

Nazione _____ Città _____

Data di partenza ____/____/____

Data di arrivo all'attuale domicilio ____/____/____

Il soggetto riferisce allo stato sintomatologia (febbre, tosse, difficoltà respiratoria): SI NO

Medico di medicina generale da cui è assistito e ASL di appartenenza _____

Data ____/____/____ ora _____

IL DICHIARANTE

OPERATORE PREPOSTO ALLA RICEZIONE
