



## QÜESTIONARI AUTORESPONSABLE

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

1. He tingut algun dels següents símptomes en els darrers 15 dies? SI \_\_\_ NO \_\_\_

- Tos
- Febre > 37,5°C
- Manca d'aire
- Anòsmia (pèrdua de l'olfacte)
- Agèusia (pèrdua del sentit del gust)

2. He estat a menys de 2 metres d'alguna persona amb positiu confirmat o amb símptomes propis de COVID19 en els darrers 15 dies? SI \_\_\_ NO \_\_\_

3. Em trobo complint aïllament domiciliari en motiu de la COVID19? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Responc aquest qüestionari conscientment i sota la meva responsabilitat.

Torrelles de Llobregat, a \_\_\_\_\_ de març de 2021.

Signatura: