

## Work

Aveva un lavoro prima del COVID?

- Sì, full-time
- Sì, part-time
- Sono un libero professionista, full-time
- Sono un libero professionista, part-time
- No

Ha o ha avuto bisogno di richiedere un periodo di malattia o una riduzione delle ore lavorative a causa di sintomi o problematiche persistenti?

- Sì, ho avuto bisogno di una riduzione delle ore lavorative (lavoro in presenza).
- Sì, ho avuto bisogno di una riduzione delle ore lavorative (lavoro da remoto).
- Sì, ho dovuto lasciare il lavoro // Sono stato licenziato / stata licenziata / state licenziate
- No, sono/ero in grado di lavorare normalmente
- Altro (descrive la situazione)