

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 28/12/2000 N. 445
LA COMPILAZIONE CONSENTIRÀ DI DEFINIRE L'IDONEITÀ ALL'INGRESSO IN STRUTTURA
QUALORA IL QUESTIONARIO NON VENISSE COMPILATO SARÀ VIETATO ACCEDERE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ COMUNE di PERMANENZA negli ultimi 14 GIORNI _____

RIFERISCE E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

FEBBRE maggiore di 37,4°C SI NO se sì, la T° rilevata al momento della valutazione è

HA ASSUNTO ANTIPIRETICI
(es. Tachipirina) SI NO per quale motivazione

TOSSE o difficoltà a RESPIRARE SI NO se sì quali

**NAUSEA/VOMITO/DIARREA/
MAL DI GOLA/RAFFREDDORE
PERDITA DEL GUSTO O ODORATO
CONGIUNTIVITE** SI NO se sì quali

È Operatore Sanitario o persona impegnata nell'assistenza di un caso sospetto/confermato di COVID 19 o è stato ricoverato in struttura sanitaria con casi COVID+ (Ospedale, RSA, casa di riposo) SI NO

È stato **in contatto** o vive nella stessa casa con persone positive al COVID-19 o sospette di essere positive SI NO

E' stato in **isolamento fiduciario domiciliare** (quarantena) se sì, qual è stato l'ultimo giorno di isolamento..... SI NO

Ha eseguito **tampone** faringeo per ricerca COVID 19? SI NO esito.....

Ha eseguito esame **sierologico**? SI NO esito.....

Lei e/o un suo familiare/convivente siete rientrati da un **viaggio in un paese estero**? se sì, quale SI NO

Ha frequentato luoghi, all'aperto o al chiuso, dove vi erano **assembramenti di persone** (spiagge, discoteche, luoghi di ristoro, ecc)? SI NO

Io sottoscritto/a, vista l'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, **acconsento** al trattamento dei dati riportati nel presente modulo.

Data _____ Ora _____

Firma dell'utente _____

Firma dell'Operatore Sanitario _____