

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 NASCITA _____

COMUNE DI PERMANENZA NEGLI ULTIMI 14 GG. _____

DICHIARA CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI
HA AVUTO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

FEBBRE maggiore di 37,4°C

NO

SI

se sì, la temperatura rilevata al momento della valutazione è _____

HA ASSUNTO **ANTIPIRETICI**
(es. Tachipirina)

NO

SI

per quale ragione _____

TOSSE o difficoltà a respirare

NO

SI

SINTOMI: NAUSEA – VOMITO – DIARREA - MAL DI GOLA - RAFFREDDORE PERDITA DEL GUSTO O ODORATO - CONGIUNTIVITE

NO

SI

quale _____

È Operatore Sanitario o persona impegnata nell'**assistenza** di un caso sospetto/confermato di COVID 19

NO

SI

È stato **in contatto** o vive nella stessa casa con persone positive al COVID-19 o sospette di essere positive

NO

SI

È stato in **isolamento fiduciario domiciliare** (quarantena): se sì, qual è stato l'ultimo giorno di isolamento _____

NO

SI

Lei e/o un suo familiare/convivente siete rientrati da un **viaggio in un paese estero**? se sì, quale _____

NO

SI

Ha eseguito **tampone molecolare**?

NO

SI

Quando Esito

Ha eseguito **tampone rapido**?

NO

SI

Quando Esito

Ha eseguito esame **sierologico**?

NO

SI

Quando Esito

Ha eseguito la 2° dose del **vaccino**?

NO

SI

Quando

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 _____