

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 28/12/2000 N. 445

COGNOME NOME

DATA NASCITA SESSO F M

DICHIARA CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

HA AVUTO DUE DEI SEGUENTI SINTOMI:

FEBBRE, TOSSE o difficoltà a respirare, NAUSEA – VOMITO – DIARREA –

MAL DI GOLA – RAFFREDDORE - PERDITA DEL GUSTO O ODORATO – CONGIUNTIVITE

NO SI

Ha soggiornato all'estero o in una qualsiasi altra zona considerata a rischio?

NO SI

È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA

NO SI

COMPILARE SOLO NEL CASO DI PAZIENTE

- A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

È 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

**Nel caso di risposta affermativa alle condizioni sopra elencate ricontattare la struttura per
riprogrammare l'appuntamento. L'accesso non sarà consentito.**

- RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione
del periodo di isolamento

NO

SI

Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi

NO

SI

**Nel caso di entrambe le risposte negative, ricontattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento.
L'accesso non sarà consentito.**

Nell'ultima settimana è stato sottoposto
al **tampone rapido o molecolare**?

NO

SI

Esito

Ha eseguito il **vaccino completo**?

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