

Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000

Il sottoscritto/a

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____/_____/_____

Residente a _____ Via _____

Identificato a mezzo _____ N° _____

ITEMS	Si	No
CRITERI EPIDEMIOLOGICI		
È stato esposto a casi sospetti o accertati o a familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19 negli ultimi 21 giorni?		
Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di COVID-19 negli ultimi 21 giorni?		
Ha frequentato negli ultimi 21 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse?		
Convive con persone con febbre/febbricola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?		
CRITERI CLINICI		
Ha febbre (TC \geq 37.5 °C) insorta da meno di 14 giorni		
Dichiara di avere effettuato autonomamente il controllo della temperatura		
Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?		
Ha avuto febbre (TC \geq 37.5 °C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?		
ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2		
Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 mediante esame molecolare (tampone)? In tal caso ha effettuato due tamponi rinofaringei consecutivi per SARS-CoV-2 risultati negativi?		
Ha effettuato un esame sierologico per SARS-CoV-2 che è risultato positivo (IgM e /o IgG)? in tal caso ha effettuato almeno un tampone rinofaringeo per SARS-CoV-2 risultato negativo?		

- Dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità.**
- Dichiara di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa.**
- Controllo temperatura corporea.**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si evidenzia che i dati personali inseriti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa vigente e degli obblighi di riservatezza e trattati esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale tali dati vengono acquisiti.

Data

_____/_____/_____

Firma leggibile del dichiarante

-