



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° _____

E-mail _____ Cell. _____

ITEMS	Si	No
CRITERI EPIDEMIOLOGICI		
E 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 > 37.5 C) insorta da meno di 14 giorni?		
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 > 37.5 C) tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti 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 corporeo

Data _____/_____/_____

Firma leggibile del dichiarante