

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

IN QUALE COMUNE HA VISSUTO NEGLI ULTIMI 14 GG.

DICHIARA CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO:

FEBBRE maggiore di 37,4°C

NO

SI

temperatura all'entrata in Ospedale _____

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 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** o in **quarantena**: se sì, quando è stato l'ultimo giorno di isolamento? _____

NO

SI

Lei o un familiare siete stati all'estero?

NO

SI

In quale Paese _____

È in possesso del GREEN PASS?

SI

NO

NB. La verifica della disponibilità del Green Pass è utile al fine di una completa valutazione della condizione di rischio.

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 _____