



**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 |
|--|----|----|
| <b>CRITERI EPIDEMIOLOGICI</b>  |    |    |
| 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/ febricola associato o tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?   |    |    |
| <b>CRITERI CLINICI</b>   |    |    |
| Ha febbre (TC $\geq$ 37.5 °C) insorto da meno di 14 giorni?  |    |    |
| Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratorio, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffuso diarrea insorti da meno di 14 giorni?                               |    |    |
| Ha avuto febbre (TC $\geq$ 37.5 °C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratorio, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni? |    |    |
| <b>ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2</b>   |    |    |
| 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**

**Data**                    / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma leggibile del dichiarante**  
\_\_\_\_\_