

## 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/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?		
<b>CRITERI CLINICI</b>		
Ha febbre ( $TC \geq 37.5$ °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 ( $TC \geq 37.5$ °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?		
<b>ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2</b>		
Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 mediante esame molecolare (tamponi)? 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 rinofarigeo 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