



## AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE

AUTOCERTIFICA di avere/non avere:

- una temperatura corporea superiore ai 37 °C (scanner disponibile al marcatempo)  Sì  No
- avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?  Sì  No
- Negli ultimi 14 giorni presentato anche solo uno dei seguenti sintomi?  Sì  No
  - febbre
  - tosse secca
  - respiro affannoso/difficoltà respiratorie
  - dolori muscolari diffusi
  - mal di testa
  - raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
  - mal di gola
  - congiuntivite
  - diarrea
  - perdita del senso del gusto (ageusia)
  - perdita del senso del dell'olfatto (anosmia)

Dichiara di essere stato informato e di aver compreso la necessità di:

- indossare correttamente la mascherina
- eseguire l'igiene delle mani con gel idroalcolico
- garantire il distanziamento fisico di almeno 1,5 metri

### DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nota: il modello verrà conservato per 15 giorni dopo l'accesso.