



Dichiarazione

Il Sottoscritto _____

Data di Nascita _____ _Luogo di Nascita _____

CF _____ Contatto telefonico _____

Attesta

Ha avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19?

No Si.

Se la risposta è sì, è guarito (tampone negativo)? Sì No

E' in quarantena? Sì No

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? Sì No

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone Covid-19 positivi? Sì No

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno dei seguenti sintomi?: No Sì

- a. temperatura corporea > 37,5 °C,
- b. tosse secca
- c. astenia (grande stanchezza),
- d. dispnea (respiro affannoso, difficoltà respiratoria),
- e. mialgie (dolori muscolari),
- f. vomito o diarrea,
- g. sangue da naso e bocca
- h. inappetenza ed anoressia
- i. perdita di peso
- j. confusione e vertigini
- k. mal di testa
- l. raffreddore
- m. mal di gola
- n. congiuntivite
- o. anosmia (perdita o significativa diminuzione dell'olfatto),
- p. ageusia (perdita significativa diminuzione del gusto)

Temperatura corporea rilevata all'ingresso _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R
28/12/2000

Data _____

Firma del paziente/genitore/accompagnatore _____