

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione
Ai sensi degli Articoli 46 e 47 DPR n.445/2000

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ genere F [] M []

Residenza/domicilio: Via _____ Città _____

Recapito telefonico _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1) di non essere sottoposto alla misura delle quarantene e di non essere risultato positivo al COVID-19 di cui all'art.1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020

2) nei 14 giorni precedenti questo accesso in struttura sanitaria il paziente:

Ha viaggiato [] si [] no

Se si, specificare Nazione _____ Città _____ dal _____ al _____

3) Ha frequentato una struttura sanitaria diversa dal poliambulatorio di _____? [] si [] no

Se si, quale? _____

4) Ha avuto contatti stretti con una persona con infezione respiratoria acuta? [] si [] no

Se si specificare:

[] data _____

[] in ambiente sanitario [] in famiglia [] in ambiente lavorativo [] altro _____ [] non sa

5) Ha avuto contatti con casi probabili o confermati di COVID-19?

[] si, in data _____ [] no

Se si, specificare i nominativi _____

6) Riferisce di non presentare sintomi influenzali ovvero di non aver avuto sintomatologia quale?

[] storia di febbre / brividi

[] astenia

[] tosse

[] faringodinia

[] congestionamento nasale

[] respiro corto

[] diarrea

[] nausea / vomito

[] cefalea

[] irritabilità / confusione

[] dolori muscolari

[] dolori addominali

[] dolori toracici

[] dolori articolari

[] febbre °C

Nega qualsiasi sintomatologia []

Data: ____ / ____ / ____

Firma dichiarante _____

Parametri TC _____ PSO2 _____ FC _____ Firma operatore _____