**Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000**

Il sottoscritto/a

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

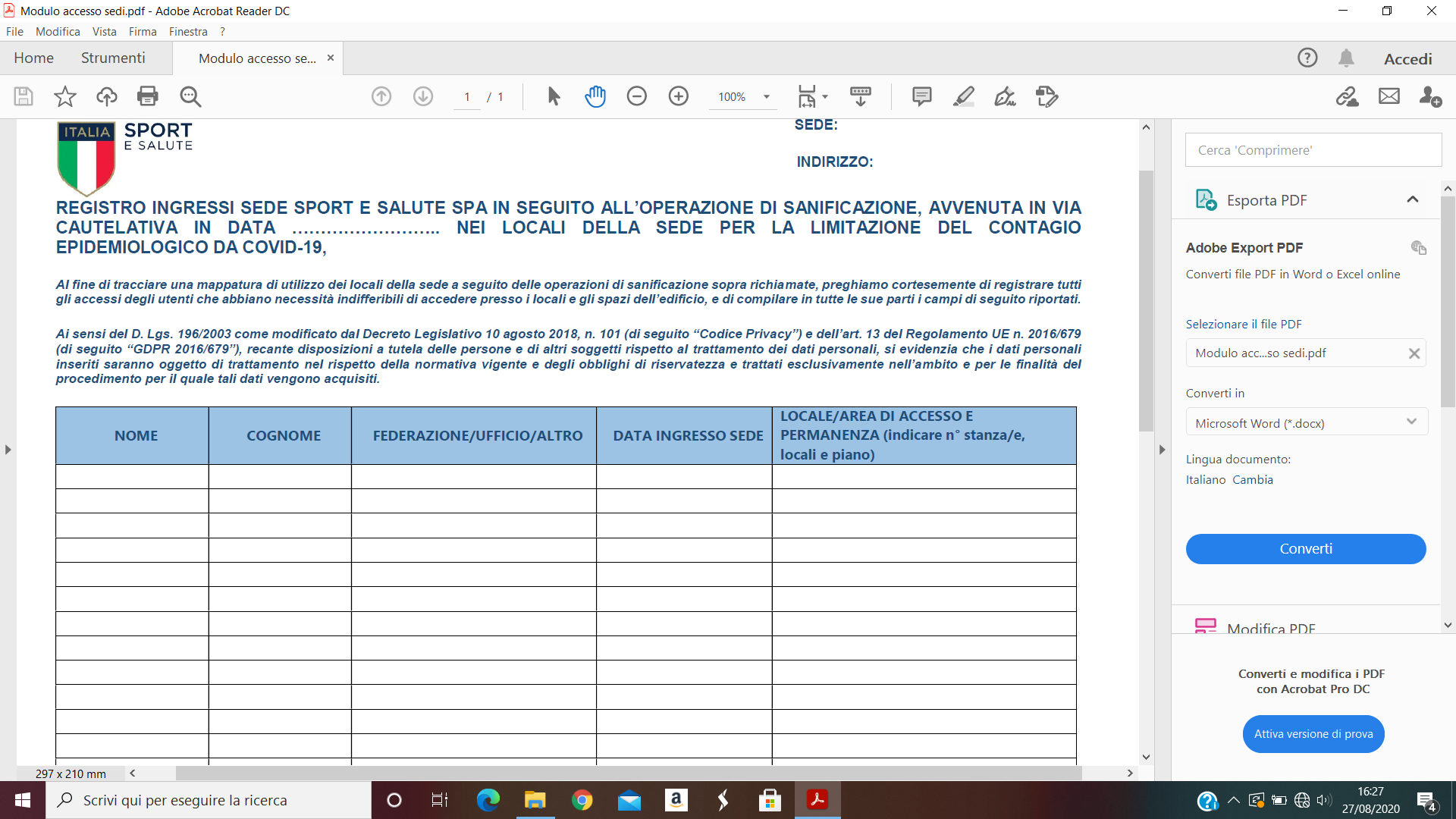
Luogo e Data di nascita \_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificato a mezzo N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEMS** | **Si** | **No** |
| **CRITERI EPIDEMIOLOGICI** | | |
| 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? |  |  |
| **CRITERI CLINICI** | | |
| Ha febbre (TC > 37.5 °C) insorta da meno di 14 giorni |  |  |
| Dichiara di avere effettuato autonomamente il controllo della temperatura |  |  |
| 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 > 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? |  |  |
| **ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2** |  |  |
| 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 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

/ /