

**AUTODICHIARAZIONE COVID-19**

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Sesso M F

Residenza _____

Via _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Tel. _____

TC rilevata all'ingresso/reparto: < 37.5°C ≥ 37.5°C**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

- 1) di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg**
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C**
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea**
- 4) di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi**
- 5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.**

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei 14 giorni successivi all'accesso in Ospedale.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____