

MODULO DI AUTOVALUTAZIONE ANAMNESTICA E AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ACCESSO AI REPARTI OSPEDALIERI (ai sensi del DPR n. 445/2000)

IO SOTTOCRITTO/A

NATO ILRESIDENTE A

TELEFONO..... DOCUMENTO DI IDENTITA' N.....

RILASCIATO DAL COMUNE DI

CHE HA FATTO VISITA AL SIG/SIG.RA.....

NEL REPARTO DI.....

DICHIARO : (in caso di risposta affermativa NON può essere ammesso)

HA AVUTO CONTATTI CON PERSONE SOTTOPOSTE A QUARANTENA ? SI NO

NEGLI ULTIMI 30 GG HA ACCUSATO UNO DEI SEGUENTI SINTOMI ? SI NO

SE SI QUALE:

- FEBBRE SUPERIORE A 37,5°
- TOSSE
- RAFFREDDORE
- CONGIUNTIVITE
- Difficoltà RESPIRATORIE
- Difficoltà A PERCEPIRE GLI ODORI
- Difficoltà A PERCEPIRE I SAPORI

CREMA, DATA _____

FIRMA _____

La presente vale quale autocertificazione ai sensi del DPR n. 445/2000

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018