DATA _____

IL SOTTOSCRITTO: (COGNOME NOME) _____

DATA E LUOGO DI NASCITA_____C.F._____

DOCUMENTO _____ N°_____ SCADENZA_____

INDIRIZZO_____

CITTÀ _____

TEL._____ CELLULARE_____

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 76 D.P.R. 445/2000 CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE PENALI E CIVILI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE:

NEI 14 GIORNI PRECEDENTI	
HAI AVUTO CONTATTI (PER CONTATTO SI INTENDE PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE DI 15 MINUTI) CON CASI ACCERTATI DI COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ
HAI AVUTO CONTATTI CON PERSONE CHE HANNO FATTO IL TAMPONE PER COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ
HAI AVUTO CONTATTI CON FAMILIARI O AMICI DI PERSONE CHE HANNO FATTO IL TAMPONE PER COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ
SEI STATO/A CONTATTO CON PERSONE SOTTOPOSTE A QUARANTENA PER COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ
SEI STATO SOTTOPOSTO A QUARANTENA/ISOLAMENTO DOMICILIARE PER COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ
SE SEI STATO SOTTOPOSTO A QUARANTENA/ISOLAMENTO DOMICILIARE, SPECIFICARE IL MOTIVO	MOTIVO:
SEI STATO/A CONTATTO CON PERSONE RIENTRATE DA POCO DALL'ESTERO O ALTRE REGIONI?	☐ NO ☐ SÌ
HAI AVUTO CONTATTI CON PERSONE CON:	
TOSSE	☐ NO ☐ SÌ
FEBBRE	☐ NO ☐ SÌ
DOLORI MUSCOLARI	☐ NO ☐ SÌ
DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE	☐ NO ☐ SÌ

SE HAI RISPOSTO SI AD UNO DEI PRECEDENTI QUESITI SUI CONTATTI:	
SEI UN FAMILIARE CONVIVENTE?	☐ NO ☐ SÌ
SEI UN COLLEGA DI LAVORO?	☐ NO ☐ SÌ
SIETE STATI A CONTATTO IN AMBIENTE CONVIVIALE O SPORTIVO (PALESTRA, ALTRO) (RISTORANTE, PUB, FESTE PRIVATE, ECC)?	☐ NO ☐ SÌ
HAI MAI FATTO UN TAMPONE PER COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ, RISULTATO NEGATIVO ☐ SI, RISULTATO POSITIVO
SEI STATO RICOVERATO PER COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ
AL MOMENTO HAI	
TOSSE	□ NO □ SÌ
FEBBRE	□ NO □ SÌ □ TEMPERATURA
DOLORI MUSCOLARI	□ NO □ SÌ
DIFFICOLTÀ A RESPIRARE	□ NO □ SÌ
VOMITO	□ NO □ SÌ
DIARREA	□ NO □ SÌ
DIFFICOLTA A PERCEPIRE GLI ODORI (ANOSMIA)	□ NO □ SÌ
HAI FATTO IL VACCINO PER L'INFLUENZA NEGLI ULTIMI 12 MESI?	☐ NO ☐ SÌ
HAI FATTO IL VACCINO PER LA POLMONITE NEGLI ULTIMI 12 MESI?	☐ NO ☐ SÌ

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA CLIENTE