



AUTODICHIARAZIONE COVID-19

MODULO COVID-19

IL PRESENTE MODULO HA VALIDITA' 2 GIORNI (48 ore) DALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE

Nome e Cognome: _____ Data di Nascita: _____
Luogo di Nascita: _____ Provincia: _____
Indirizzo: _____ N. Civico: _____
Cap: _____ Comune: _____ Provincia: _____
Tel.: _____ C.F.: _____ e-mail: _____

RICHIESTA DI INFORMAZIONI PER POTER ACCEDERE AI SERVIZI E PERMANERE NELLA STRUTTURA, NEL CASO DI RISPOSTE AFFERMATIVE L'ACCESSO VIENE PRECLUSO IN RISPETTO ALLA NORMATIVA VIGENTE.

consapevole delle sanzioni previste dalla normativa vigente in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA DI:

- DI NON essere stato sottoposto alla misura della quarantena per il COVID-19
- DI NON aver avuto contatti con soggetti positivi al COVID-19 senza i DPI prescritti nei protocolli OMS, ISS, aziendali
- DI NON essere stato ricoverato in ospedale con (o a causa) di sintomi polmonari negli ultimi 3 mesi
- DI NON aver sofferto di gravi sintomi respiratori o estrema stanchezza/affaticamento a domicilio negli ultimi 3 mesi
- DI NON avere un test rapido sierologico positivo per IgM o IgG del COVID-19

ACCUSATO I SEGUENTI SINTOMI SOGGETTIVI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI :

- | | | | |
|----|---------------------------------------|----|-------------------------------------|
| SI | NO : Febbre > 37.5 | SI | NO : Diarrea |
| SI | NO : Tosse secca | SI | NO : Mal di gola, gola infiammata |
| SI | NO : Dispnea, difficoltà respiratoria | SI | NO : Anosmia, non sentire gli odori |
| SI | NO : Mancanza di respiro | SI | NO : Ageusia, perdita del gusto |
| SI | NO : Astenia, debolezza | SI | NO : Raffreddore |
| SI | NO : Mialgie, dolori muscolari | SI | NO : Naso chiuso che cola |
| SI | NO : Polmonite | SI | NO : Malattia tromboembolica |
| SI | NO : Sintomi simil influenzali | | |

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Attualmente o negli ultimi mesi HA NON HA preso farmaci in modo costante per contrastare sintomatologie da COVID-19 (pillole o bustine per os, Inalatori o fiale per via intramuscolo o sottocutanea) o prodotti di erboristeria su prescrizione medica o "da banco".

Ho una Certificazione Verde Covid-19 Green Pass (da presentare all'ingresso)

Ho effettuato un test molecolare o antigenico rapido valido per 48 ore eseguito in data: _____ (da presentare all'ingresso)

Luogo: _____ Data: _____ Firma dell'allievo o del genitore in caso di minore: _____

