

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Rilasciata ai sensi degli art.li 46 e 47 del DPR 445/2000

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

motivo dell'ingresso in studio _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DICHIARA

1. DI ESSERSI misurata/o la temperatura corporea prima di lasciare la propria abitazione per recarsi allo studio;

- Sì
 No

2. DI NON avere attualmente ovvero non aver avuto negli ultimi 14 giorni sintomi simil influenzali* o problemi respiratori;

* Febbre/febbriola (> 37,5°C), tosse e/o difficoltà respiratorie, malessere, astenia, cefalea, congiuntivite, sangue da naso/bocca, vomito e/o diarrea, inappetenza, confusione/vertigini, perdita/alterazione dell'olfatto, perdita di peso ingiustificato, disturbi dell'olfatto e/o del gusto. Se si fossero riscontrate uno di questi sintomi è pregato di contattare il proprio medico curante ed evitare di muoversi dalla propria abitazione senza diagnosi negativa.

- Sì
 No

3. DI NON aver avuto diagnosi COVID-19 positivo;

- Sì
 No

3.1. In caso di risposta negativa, SONO guarita/o? (doppio tampone negativo?);

- Sì
 No

4. DI NON aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti diretti con persone risultate positive al COVID-19;

- Sì
 No

5. DI NON essere attualmente in regime di quarantena;

- Sì
 No

Luogo, data _____

Firma _____

Le informazioni contenute nella presente dichiarazione saranno trattate ai sensi del REG. Europeo 679/16. Per ulteriori informazioni si rimanda all'informativa completa.

Luogo, data _____

Firma _____