## Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000

Il sottoscritto/a

Cognome e Nome_____

Luogo e Data di nascita_____/____/_____

Residente a_____Via_____

Identificato a mezzo_____N°_____

| | SI | No |
|---|---|---|
| **CRITERI EPIDEMIOLOGICI** | | |
| È stato esposto a casi sospetti o accertati o a familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19 negli ultimi 21 giorni? | | |
| Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di COVID-19 negli ultimi 21 giorni? | | |
| Ha frequentato negli ultimi 21 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse? | | |
| Convive con persone con febbre/febbricola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni? | | |
| **CRITERI CLINICI** | | |
| Ha febbre (TC ≥ 37.5 °C) insorta da meno di 14 giorni? | | |
| Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni? | | |
| Ha avuto febbre (TC ≥ 37.5 °C), tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni? | | |
| **ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2** | | |
| Ha ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 mediante esame molecolare (tampone)? In tal caso ha effettuato due tamponi rinofaringei consecutivi per SARS-CoV-2 risultati negativi? | | |
| Ha effettuato un esame sierologico per SARS-CoV-2 che è risultato positivo (IgM e /o IgG)? in tal caso ha effettuato almeno un tampone rinofarigeo per SARS-CoV-2 risultato negativo? | | |

☐ **dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità.**

☐ **dichiara di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa.**

☐ **controllo temperatura corporea**

**Data**
_____/_____/_____

Firma leggibile del dichiarante