



CHECKLIST PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il sottoscritto _____,
nato il ___/___/_____ a _____ (___),
residente in _____ (___), via _____
e domiciliato in _____ (___), via _____
utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali previste in caso
di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che negli ultimi 14 gg:

- Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID;
- Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, ..);
- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;
- Non è rientrato in Italia da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta e Spagna, nè ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia Malta e Spagna.

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Data e ora

Firma del dichiarante