

AUTODICHIARAZIONE (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n°445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a il _____,

PAZIENTE

ACCOMPAGNATORE - numero di telefono: _____

ALTRO _____

consapevole che l'attuale stato pandemico legato alla diffusione del Coronavirus impone l'adozione di misure finalizzate alla interruzione della catena di trasmissione del virus, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 negli ultimi 14 giorni;

di non aver avuto sintomi riconducibili a COVID-19 negli ultimi 14 giorni;

di non avere avuto, negli ultimi 14 giorni, contatti stretti con persone risultate positive al COVID-19 o sospette o in attesa di esito di tampone

di essere a conoscenza della necessità di dover informare il personale in caso di provenienza da zone a particolare intensità di diffusione del contagio o eventuale contatto con parenti o amici provenienti dalle medesime nelle due settimane precedenti

che al momento, presenta/non presenta i sottoelencati sintomi sospetti per Covid-19:

Febbre >37,5°	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Dispnea (sensazione di affanno respiratorio)	SI	NO
Tosse secca persistente	SI	NO
Parziale o totale perdita dell'olfatto	SI	NO

Chianciano Terme, ____/____/____

Firma _____