

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI
VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2
PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE IN RESIDENZA**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ___/___/___ a _____
_____ (____), cittadinanza _____,
residente a _____ (____), via _____,
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,
nonché delle sanzioni previste dall'articolo 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

E' STATO AFFETTO DA COVID?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi? Febbre >37,5°, Tosse, Stanchezza, Mal di gola, Mal di testa, Dolori muscolari, Congestione nasale, Nausea, Vomito, Perdita di olfatto e gusto, Congiuntivite, Diarrea.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS: paese di provenienza _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19 _____

lo sottoscritto/a, identificato/a a mezzo di (documento) _____

n. _____ ril. da _____

il _____, attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno delle strutture ESU.

data _____ firma _____