

TRIAGE COVID-19 AUTOCERTIFICAZIONE (ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a: _____

Nato/a a: _____

Residente in _____

in ingresso nella struttura

DICHIARA

- Di prestare consenso alla rilevazione della propria temperatura corporea.
- Di non essere stato posto dal Sistema Sanitario Nazionale (Medico di Base, ASL) in isolamento fiduciario domiciliare, quarantena, malattia o ricoverato come sospetto, possibile o confermato caso Covid-19 o come contatto stretto di caso Covid19.
- Di non aver presentato nessuno dei seguenti sintomi negli ultimi 21 giorni: febbre maggiore o uguale di 37.5°, tosse, dispnea, rinorrea, congiuntivite, mal di gola, riduzione/scomparsa del gusto e/o dell'olfatto, dolori muscolari, stanchezza.
- Di essere informato sulle raccomandazioni generali per la popolazione, diramate dal Ministero e presenti nel materiale informativo affisso nei luoghi comuni di questa struttura.
- Di non essere rientrato dall'estero negli ultimi 21 giorni.
- Di accettare integralmente e senza alcuna riserva il regolamento attualmente in vigore.

Si impegna, qualora dovesse effettuare ulteriori accessi a questa struttura e una delle condizioni sopra descritte dovesse mutare, a darne immediata comunicazione al personale compilando nuovamente la presente autocertificazione.

Consapevole delle conseguenze civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445, confermo che quanto da me sopra dichiarato corrisponde al vero.

Informativa sui trattamenti dei dati personali

i dati personali raccolti saranno trattati conformemente al d.lgs. 101/2018. *Si ricorda che nessuna delle misure di prevenzione messe in atto garantisce la certezza di non contrarre infezione dal virus del covid-19.*

Data ____ / ____ /2020

Firma leggibile per esteso _____