

QUESTIONARIO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 PAZIENTI e ACCOMPAGNATORI

La/il sottoscritta/o _____
nata/o il _____ a _____,

Al fine di limitare il rischio da contagio del Covid-19, Le chiediamo di compilare il seguente questionario che riporta domande riferite allo stato di salute negli ultimi 15 giorni:

L'UTENTE dichiara di:

aver avuto febbre a TC > 37.5° C SI NO

aver avuto contatti con persone COVID-19 positive SI NO

aver presentato alterazione dei sapori e degli odori SI NO

aver presentato tosse e/o difficoltà respiratoria SI NO

aver presentato stanchezza/dolori muscolari SI NO

aver presentato diarrea e/o vomito SI NO

aver presentato rinite/rinorrea/ostruzione nasale SI NO

aver avuto faringodinia/mal di gola SI NO

Il sottoscritto DICHIARA inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Regolamento UE/679/2016, sulle modalità e finalità di trattamento dei dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione.

N.B. * in caso di una o più risposte affermative, gli operatori Incaricati presenti agli ingressi sono tenuti a rinviare l'utente al domicilio. ** in caso di una o più risposte affermative, l'esecuzione della prestazione ambulatoriale è soggetto a preventiva valutazione del professionista.

Bussolengo, lì _____

Firma del dichiarante _____