

## AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI SINTOMI NELL'EMERGENZA COVID-19

Cognome e Nome

Data di nascita

### Autovalutazione rischio contagio COVID -19

In data odierna sono positiva al COVID19

SI	NO
SI	NO

In data odierna sono in quarantena o in attesa di esito tampone molecolare

Nei 15 giorni precedenti, io o un mio familiare abbiamo avuto contatti con casi sospetti e/o confermati di COVID-19?

SI	NO
SI	NO

La temperatura è stata rilevata all'ingresso in struttura?

SI	NO
----	----

Attualmente io o i miei familiari abbiamo sintomi in corso quali:

- Sintomi influenzali (febbre, mal di gola, mal di testa, stanchezza, dolori muscolari, dolori articolari)
- Tosse
- Perdita dell'olfatto/Perdita del gusto
- Diarrea
- Difficoltà respiratoria (respiro affannoso, senso di oppressione al torace)

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

Data

Firma Paziente/Utente