



## Scheda di autodichiarazione sintomi COVID-19 per l'accesso in struttura

<b>DATA</b>	Compilata il giorno dell'evento, il 02/10/2020
<b>NOME e COGNOME (detto più avanti sottoscritto)</b>	
<b>Luogo e data di nascita</b>	
<b>Indirizzo di residenza</b>	
<b>Domicilio attuale (se diverso dalla residenza)</b>	
<b>Contatto telefonico</b>	
<b>Email</b>	

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la mia responsabilità

DICHIARO che negli ultimi 14 gg:

	SI	NO
ho avuto un contatto stretto* con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)		
ho avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)		
ho avuto un contatto stretto con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)		
ho eseguito un tampone per COVID-19 e non ha ancora ricevuto l'esito		
ho ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19		
è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente da me frequentata		
non ho rispettato il periodo di isolamento domiciliare previsto dalle autorità sanitarie / regolamentarie o non ho effettuato i tamponi di controllo previsti dalle autorità sanitarie / regolamentarie dopo viaggi all'estero nei paesi individuati dalle autorità competenti.		

\* I contatti stretti di casi sospetti, probabili o confermati di COVID-19, negli ultimi 14 giorni, sono definiti come coloro che:

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);

- hanno avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.

Sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti alla insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

DICHIARO INOLTRE CHE NEGLI ULTIMI 3 GIORNI HO AVUTO I SEGUENTI SINTOMI:

	SI	NO
febbre (da accertare comunque anche al momento dell'ingresso da parte del personale designato)		
tosse		
astenia		
dolori muscolari diffusi		
mal di testa		
raffreddore (naso chiuso e/o rinorrea)		
mal di gola		
congiuntivite		
diarrea		
vomito		
aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali		
Anosmia (disturbi nella percezione di odore)		
A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)		

Dichiaro di aver affermato il vero per quanto concerne l'eventuale dichiarazione rilasciata in tema di congiunti al momento dell'acquisto del ticket per avere un posto non distanziato.

**Firma** \_\_\_\_\_

- Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di attenersi al regolamento
- Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa privacy consegnatami ai sensi art. 13 Reg. UE 2016/679 (GDPR)

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_