



**SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DECRETO n. 144 del 13/7/2020 PER RISCHIO COVID -19  
COMPILARE E RESTITUIRE AL PERSONALE DEL SERVIZIO A CUI SI ACCEDE**

PRESTAZIONE AMBULATORIALE  
PRESTAZIONE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
RICOVERO  
ACCOMPAGNATORE/VISITATORE

**DATI PAZIENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_ tel./Cell. \_\_\_\_\_

Residenza/Domicilio: \_\_\_\_\_

➤ Ha uno dei seguenti sintomi:

-tosse:  SI  NO      - dolori muscolari:  SI  NO      - perdita olfatto e/o gusto:  SI  NO

- difficoltà respiratoria:  SI  NO      - raffreddore:  SI  NO      - mal di gola:  SI  NO

➤ Negli ultimi 14 giorni, ha avuto un contatto stretto con un caso confermato o sospetto di infezione COVID 19:

SI'     NO

➤ E' sottoposto a regime di isolamento fiduciario:

SI'     NO

➤ E' rientrato da meno di 14 gg da Paesi Extra UE e/o extra Schengen per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 gg dopo l'arrivo in Italia (art. 6 comma 2 DPC 11/06/2020):

SI'     NO

**SE HA CONTRASSEGNA TO SI' AD UNO DEI PRECEDENTI QUESITI NON POTRA' ACCEDERE ALLA STRUTTURA E A NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA. LA INVITIAMO A RECARSI A DOMICILIO E A CONTATTARE IL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE.**

Data

Firma del paziente