

# QUESTIONARIO DI AUTODICHIARAZIONE

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)



CONSORZIO  
IL SOLE  
SOC.COOP.

Il/La sottoscritto/a .....

Luogo di nascita: .....

Data di nascita: ..... Telefono: .....

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, con la compilazione del presente questionario, dichiara quanto segue.

**Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone positive al NCoViD19?**

Sì  No

**Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?**

Sì  No

**Negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre o altri sintomi (tosse, (mal di gola, bruciore agli occhi, congiuntivite, difficoltà respiratorie, dolori diffusi, affanno, diarrea o sindrome influenzale)?**

Sì  No

**Negli ultimi 14 giorni altri membri della sua famiglia hanno avuto febbre o sintomi come descritti al punto precedente?**

Sì  No

**E' risultato positivo per COVID?**

Sì  No

*In caso di risposta affermativa alla precedente domanda:*

**E' in possesso di un tampone negativo?**

Sì  No

*In caso di risposta negativa alla precedente domanda:*

**Sono trascorsi 21 giorni dal tampone positivo ed è asintomatico da 7 giorni?**

Sì  No

**E' stato sottoposto ad isolamento in quarantena per il sospetto di avere contratto infezione da COVID ?**

Sì  No

*In caso di risposta affermativa alla precedente domanda:*

**Ha concluso l'isolamento in quarantena?**

Sì  No

Sottoscrivendo la presente autodichiarazione, dichiaro inoltre di prestare il mio consenso al trattamento dei dati raccolti attraverso il presente questionario e ai dati relativi alla misurazione della mia temperatura corporea, come previsto dal Regolamento UE 679/2016 e come descritto nella "Informativa per il trattamento dati per misure a tutela da contagio COVID-19" ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 affissa presso i locali del Poliambulatorio.

Data .....

Firma (genitore o tutore in caso di paziente minorenne)

.....