

### AUTODICHIARAZIONE per PAZIENTI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
consapevole delle conseguenze penali previste in caso

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**  
che negli ultimi 14 giorni ha presentato i seguenti sintomi:

FEBBRE SUPERIORE A 37,4° C	SI	NO
SINTOMI DELLE ALTE E BASSE VIE RESPIRATORIE	SI	NO
SINTOMI GASTROINTESTINALI (DIARREA, NAUSEA, ECC)	SI	NO
DISOSMIA O DISGEUSIA (ALTERAZIONE OLFATTO O GUSTO)	SI	NO
MIALGIE/ASTENIA (ES. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA)	SI	NO

#### E CHE

- Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID ;
- Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori
- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;
- Non è rientrato in Italia da un paese extra UE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta e Spagna, né ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extra UE, extra Schengen, Croazia, Grecia Malta e Spagna.

#### **A questo riguardo, dichiara di attenersi alle indicazioni fornite dal personale**

In caso variassero le condizioni di cui alla presente certificazione, mi impegno a darne tempestiva comunicazione al personale dell'Unità Operativa.

TEMPERATURA \_\_\_\_\_

Cannobio , \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_

I dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato per finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria Covid-19 e obblighi di legge, e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità.