



TREVISO

DICHIARAZIONE PERSONALE – AUTOCERTIFICAZIONE

ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000

Il sottoscritto _____, nato/a il _____
a _____, residente in _____, via _____,
con domicilio in _____, via _____, cell _____,
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art
76 D.P.R. e n. 445/2000 e art 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

SINTOMI					
Presenta o ha presentato negli ultimi 14 giorni insorgenza improvvisa di <u>uno dei seguenti sintomi</u>:					
- Febbre	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	- Espettorato	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Affaticamento	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	- Disgeusia (Alterazione del gusto)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Tosse secca	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	- Anosmia (Perdita del senso dell'olfatto)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Mal di gola	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	- Mio/artralgia	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Diarrea	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	- Vomito	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Dispnea	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
INDAGINE EPIDEMIOLOGICA					
Negli ultimi 14 giorni					
✓ ha avuto familiari o persone contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) confermati affetti da COVID 19? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
✓ ha avuto familiari o persone contatti stretti SOSPETTI/PROBABILI per COVID 19 ? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
✓ ha avuto familiari o persone contatti stretti con esperienza documentata di sintomi suggestivi di COVID 19 (vedi sopra)? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Dichiara di trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria? Sì <input type="checkbox"/> da quando?.....No <input type="checkbox"/>					

Si informa che in caso di risposta positiva di almeno una delle domande sopra riportate la prestazione non sarà erogata.

Data

Firma del dichiarante