

SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE FINALIZZATA A LIMITARE IL CONTAGIO DA COVID-19

Il sottoscritto nato a il

Documento di riconoscimento rilasciato il

Dichiaro sotto la mia responsabilità che la prestazione diagnostica che devo eseguire è urgente o non differibile.

DICHIARO CHE NEI 14 GIORNI PRECEDENTI

- Sono stato all'estero o in altre regioni SI NO
- Ho avuto contatti stretti e prolungati con casi accertati di COVID-19 SI NO
- Ho avuto contatti stretti e prolungati con parenti o amici di casi accertati di COVID-19 SI NO
- Ho avuto contatti con persone con sintomi sospetti influenzali (tosse, febbre, dolori muscolari, difficoltà respiratorie) SI NO
- Sono stato in strutture sanitarie (ospedale, RSA, studi medici). SI NO

- **HO SINTOMI INFLUENZALI (TOSSE, FEBBRE, DOLORI MUSCOLARI, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE)** SI NO
- **SONO SOTTOPOSTO ALLA MISURA DI QUARANTENA** SI NO
- **SONO RISULTATO POSITIVO AL TAMPONE PER IL VIRUS COVID-19** SI NO

- **TEMPERATURA ATTUALE**

NOTE

Paliano

Firma