

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Tel. _____ mail _____

dichiara

è attualmente positivo/a al Covid-19?	SI	NO
E' stato in passato positivo/a al Covid-19??	SI	NO
Se sì, è stato dichiarato ufficialmente guarito/a - negativizzato/a?	SI	NO
Ha riscontrato nell'ultima settimana uno dei seguenti sintomi:		
<i>febbre</i>	SI	NO
<i>tosse</i>	SI	NO
<i>mal di gola</i>	SI	NO
<i>rinite</i>	SI	NO
<i>congiuntivite</i>	SI	NO
<i>diarrea</i>	SI	NO
<i>perdita del gusto</i>	SI	NO
<i>perdita dell'olfatto</i>	SI	NO
E' stato esposto/a, negli ultimi 14, giorni a casi sospetti di Covid 19?	SI	NO
E' attualmente sottoposto a provvedimenti di quarantena o isolamento fiduciario?	SI	NO
Ha soggiornato negli ultimi 14 giorni in un paese a rischio per il quale sussiste - secondo la normativa vigente alla data della firma della presente - obbligo di quarantena o di isolamento fiduciario una volta rientrato in Italia ?	SI	NO
in caso di risposta affermativa dichiara che:		
al ritorno ha fatto il tampone che ha dato esito negativo	SI	NO
al ritorno non ha fatto il tampone ma ha osservato la quarantena di 14 giorni	SI	NO

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA A info@pontevecchiobologna.it

Con la firma della presente autorizzo al trattamento dei dati personali ed in particolare dei dati relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e alla normativa nazionale vigente in materia di tutela e prevenzione del contagio.

Bologna, _____

Firma _____