

## AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

La preghiamo di compilare tale modulo valevole come autocertificazione del suo stato di salute.

### IL SOTTOSCRITTO:

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza o domicilio: \_\_\_\_\_

Numero telefonico: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**\* da compilare in caso di paziente minore o soggetti sottoposti a tutela**

\* Dati identificativi di chi esercita patria potestà

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome e nome).

Data di nascita ...../...../.....luogo\_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori anche se separati o divorziati (Codice Civile, artt. 155-316-317-317 bis), fare riferimento a Modulo MG48 Dichiarazione sostitutiva (prestazioni sanitarie del paziente minore d'età) allegato

(1) \* in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) \* in qualità di tutore del paziente.....

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di non aver avuto un'infezione accertata da Covid-19;
- di non aver avuto nei 30 giorni precedenti alla visita sintomi attribuibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea > 37.5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, perdita dell'olfatto, perdita del gusto)
- di NON essere contatto stretto con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, colleghi di lavoro, eccetera).
- di aver osservato le disposizioni previste per legge in caso di rientro dall'estero

Dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero.

I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

Data

Firma leggibile \_\_\_\_\_