

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Staff di Direzione Aziendale
UO Medicina Legale e Risk Management (SC)

AUTOCERTIFICAZIONE EMERGENZA COVID

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a il ____/____/____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____
telefono _____, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di
dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI

- ✓ NON essere affetto da Covid -19 e/o di non essere sottoposto al regime della quarantena dell'isolamento fiduciario;
- ✓ NON presentare e/o non aver presentato recentemente sintomi quali: febbre, tosse, mal di gola, raffreddore, cefalea, astenia (stanchezza), dolori muscolari diffusi, vomito e/o diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto;
- ✓ NON aver avuto contatti negli ultimi 14 giorni con casi sospetti o accertati di Covid-19;
- ✓ NON essere rientrato da meno di 14 giorni da Paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art.6, c. 2 DPCM 11.6.2000, smi per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia

• ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO AL MOMENTO DELLA VISITA DOMICILIARE

- alla misurazione della temperatura
- all'effettuazione della igiene delle mani con gel idroalcolico
- ad indossare la mascherina chirurgica che manterrò correttamente per tutto il tempo dell'accertamento

- HO COMPRESO CHE IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AVVIENE IN CONFORMITA' DELLE PREVISIONI DI LEGGE DI CUI ALL' ART. 13 REG. UE 679/2016 – D.L. 9 MARZO 2020, N. 14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19"

Data _____

firma del dichiarante _____