

CHECKLIST PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il sottoscritto _____,
nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____
utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali previste in caso
di dichiarazioni mendaci (art. 495 c.p. e art. 46 e 47 del DPR n° 445/2000)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che negli ultimi 14 gg:

- Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID;
- Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro...);
- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena.

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffuse;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.)
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Data

Firma del dichiarante

RAVENNA TRENTATRE SRL UNIPERSONALE
società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di PROGETTO SANITA' RAVENNA SRL
Poliambulatorio privato accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale