



# COMUNE DI SALICE SALENTINO

Provincia di LECCE

\*\*\*\*\*

## AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALL'ACCESSO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### DICHIARA QUANTO SEGUE

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

▪ Febbre >37,5°	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Nausea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Perdita di olfatto e gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ <b>CONTATTI</b> con casi accertati COVID-19 (tampone positivo)      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ <b>CONTATTI</b> con casi sospetti                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ <b>CONTATTI</b> con familiari di casi sospetti                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ <b>CONVIVENTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ <b>CONTATTI</b> con febbre o sintomi influenzali (no tampone)       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Proviene da un <b>VIAGGIO ALL'ESTERO</b>                            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ <b>FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI</b> con casi accertati/sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Se **SI** dove:  IN PROVINCIA  IN REGIONE  IN ITALIA  ESTERO

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al Covid-19 \_\_\_\_\_

- Il/La sottoscritto/a come sopra identificato/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).
- Autorizza il **Comune di Salice Salentino** al trattamento dei propri dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

VISTO:

Il dipendente comunale \_\_\_\_\_