

INFORMATIVA

Al fine di monitorare eventuale casi sospetti di infezione da Coronavirus, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).
La ringraziamo per la collaborazione.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Residente a _____

Ai sensi degli artt. 38.46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivati da dichiarazione mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. innanzi citato, DICHIARA che quanto di seguito riportato corrisponde al vero. A tale scopo, DICHIARA di essere:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Operatore / Dipendente CRO | <input type="checkbox"/> Utente |
| <input type="checkbox"/> Accompagnatore / Caregiver / Visitatore | <input type="checkbox"/> Personale Ditta esterna |
| <input type="checkbox"/> Altro..... | |

Negli ultimi 14 giorni, Lei oppure qualcuno dei Suoi conviventi ha avuto:

Temperatura > 37.0°C e/o uno dei seguenti sintomi: rinite, tosse, mal di gola, mancanza di respiro, congiuntivite, anosmia, diarrea ?	SI	NO
Contatti con casi noti di COVID 19 ?	SI	NO
Misure cautelative di isolamento (quarantena) ?	SI	NO
Ricoveri e/o prestazioni sanitarie presso altri Ospedali ?	SI	NO
Ha soggiornato o transitato al di fuori dei confini nazionali ?	SI	NO
Se SI, dove ?		

Data _____ Firma _____

CORONAVIRUS MONITORING

In order to prevent the spread of Coronavirus infection within the Institute, we kindly ask you to answer to the following questions marking with a X your answers.

Thank you for your cooperation.

Substitutive declaration of the deed of notoriety

I, the undersigned (*name surname*) _____, born (*date/country of birth*) _____,
living in (*your address in Italy*) _____

Pursuant to art. 38, 46 and 47 of the D.P.R. 28 December 2000, n. 445, under my own responsibility and aware of the consequences deriving from false declarations, formation or use of false documents, provided for by art. 75 and 76 of the D.P.R. cited above, DECLARE that what is reported below is true. For this purpose, I DECLARE to be:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> User | <input type="checkbox"/> Staff of external suppliers |
| <input type="checkbox"/> Companion, caregiver, visitor | <input type="checkbox"/> Other |

In the last 14 days, You or any of your partners have had:

Temperature > 37.0°C and/or one of the following symptoms: rhinitis, cough, sore throat, shortness of breath, conjunctivitis, anosmia, diarrhea?	YES	NO
Contact with known cases of COVID 19 ?	YES	NO
Precautionary measures of isolation (quarantine)?	YES	NO
Admissions and/or healthcare services at other hospitals?	YES	NO
Have you resided or transited outside the Italian borders? If so, where?	YES	NO

Date _____ Signature _____