



**AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO (ANAMNESI SETTIMANALE)**

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

RESPONSABILE/I GENITORE/I \_\_\_\_\_

DATA DI DICHIARAZIONE \_\_\_\_\_

**LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE VERRA' MANTENUTA AGLI ATTI  
ALLA SOCIETA' NEL RISPETTO DELLA PRIVACY**

**ANAMNESI COVID-19**

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE? **SI - NO**

HA AVUTO NELL'ULTIMA SETTIMANA CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19? **SI - NO**

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI;  
CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESENZA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIU' DI 15 MINUTI AD UNA  
DISTANZA INFERIORE A DUE METRI; ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI; VIAGGIO AEREO A DISTANZA MINORE O  
UGUALE A DUE POSTI)

HA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

FEBBRE	SI	NO
TOSSE	SI	NO
FARINGODINIA	SI	NO
RINITE	SI	NO
CONGIUNTIVITE.	SI	NO
DIARREA	SI	NO
ANOSMIA	SI	NO
DISGEUSIA	SI	NO

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19**

**QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA  
SOCIETA' DI APPARTENENZA E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO  
CURANTE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI**

- Io sottoscritto, attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura e alla pratica di attività.

- Autorizzo \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

\_\_\_\_\_  
Nome e Cognome del genitore o chi esercita la potestà genitoriale

Luogo e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma leggibile