



### 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 a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che negli ultimi 10 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;
- Non è rientrato in Italia, né ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta, Spagna, Francia, Belgio, Paesi Bassi, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Repubblica Ceca.

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- 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 e ora

**Firma del dichiarante**