



Fondazione
Casa Sollievo della Sofferenza
Opera di San Pio da Pietrelcina
OSPEDALE
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Viale Cappuccini - 71013 San Giovanni Rotondo (FG)

Centralino tel. (0882)-410.1
fax (0882)-411.705
C/C Postale 10364719
Cod. Fiscale 00138660717

Prot. n. 57/DS-01

San Giovanni Rotondo, 14/01/2022

Allegato 1

AUTOCERTIFICAZIONE PER L'INGRESSO IN STRUTTURA SANITARIA **SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO COVID-19**

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ n. telefono. _____

Temperatura corporea all'ingresso: _____

1. Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19) e/o è soggetto attualmente alla misura della quarantena ovvero sono positivo al COVID-19?

NO SI

2. E' stato sottoposto, oppure è in attesa di esito di tampone molecolare nasofaringeo per COVID -19?

NO SI (indicare esito e data esecuzione) _____

3. Presenta una delle seguenti condizioni? NO SI (indicare quali)

temperatura superiore a 37,5° nelle ultime 48 ore

ha assunto antipiretici da meno di 12 ore

tosse secca

respiro affannoso/difficoltà respiratorie

dolori muscolari diffusi

mal di testa

raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)

mal di gola

congiuntivite

diarrea

alterazione del senso del gusto e/o olfatto

Altro _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Data _____

Firma _____