



Istituto Geriatrico
Vergani e Bassi - onlus

Via Lazzaretto, 2 - 20064 GORGONZOLA (MI)
Telefono 02-9513379 - Telefax 02-95300540
C.F. / P.IVA 06034150158 - e-mail: info@verganiebassi.it
www.verganiebassi.it

Direzione Competente
DG

MODULO DI LAVORO

MO 031

rev. 1 emessa il 31 gennaio 2023

pag. 1 di 1

AUTODICHIARAZIONE COVID-19

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Sesso M F

Residenza _____ Via _____

Tel. _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) di non essere affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 gg**
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C**
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea**
- 4) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.**

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei 14 giorni successivi all'accesso in Rsa.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____