

Studio Medico Malattie Orecchio-Naso-Gola ed Allergopatie
CENTRO SICILIANO ACUFENE
CENTRO SICILIANO MEDICINA DEL SONNO
VICO DI VIA DIODORO SICULO, 3-TAORMINA
CELL.3285351514

www.centrosicilianoacufene.it

www.dariacaminiti.it

AUTOCERTIFICAZIONE (Emergenza COVID 19)

Io sottoscritto _____

nato a _____ (_____)

il ____/____/____

residente a _____ (_____)

via e n° civico _____ ()

Professione _____

D I C H I A R O

sotto la mia responsabilità,

- di non avere e di non aver avuto alcun sintomo (febbre, tosse, anosmia, dolori muscolari, mal di gola, diarrea)(controllare il sito del Ministero Salute www.salute.gov.it/Coronavirus/Informazioni) che possa ipotizzare una infezione da Covid19
- di aver rispettato le norme di distanziamento sociale imposte dalle Autorità a causa della pandemia, nei trenta giorni recedenti alla data della visita medica o del trattamento medico o dell'intervento chirurgico
- di non aver avuto contatti con parenti e/o conoscenti con sintomatologia sopra descritta, che possa far sospettare che possano essere contagiati da Covid 19
- di non poter escludere con certezza di essere stato/a in contatto con conoscenti/ parenti COVID+ asintomatici nelle ultime 3 settimane
- di non convivere con persone (coniuge, figli, conviventi, etc) che svolgono un lavoro che li espone, maggiormente rispetto ad altre persone, con superiore rischio al contagio con il COVID19 (sanitari, parasanitari, volontari di associazioni, forze dell'ordine, polizia locale, protezione civile)
- di convivere con persone (coniuge, figli, conviventi, etc) che svolgono un lavoro che li espone, maggiormente rispetto ad altre persone, ad un superiore rischio di contagio con il COVID19 (sanitari, parasanitari, volontari di associazioni, forze dell'ordine, polizia locale,

protezione civile) e questi ultimi non hanno mostrato, negli ultimi 30 giorni antecedenti la giornata della visita, sintomi riferibili al contagio COVID, o non sono stati contagiati dal COVID, o non sono stati a stretto contatto con persone affette da malattia da Coronavirus o con persone di dubbia positività. Se si indicare i fatti

•di non provenire da città dichiarate, durante il periodo delle misure restrittive, (quarantena dal 9 Marzo al 4 Maggio 2020), zona rossa. Se si indicare la città o il paese

•di non essere rientrato in Sicilia da altre regioni d'Italia soprattutto Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna nei trenta giorni prima della data della visita, se invece è rientrato in Sicilia da altre regioni d'Italia indicare la Regione, la città, la data e se ha mostrato sintomi riferiti al COVID

•di riferire che nella città o nel paese di residenza non ci siano casi di COVID. Se si indicare quanti casi ancora esistono nella zona di residenza

•di non aver frequentato, negli ultimi 30 giorni precedenti la visita, ospedali, case di cura, case di riposo, RSA. Se si indicare quale struttura

Sono consapevole che l'essere uscito da casa per sottopormi alle procedure medico/ chirurgiche o alla visita medica, mi può esporre al contatto con persone affette da Covid 19 ma asintomatiche.

Faccio presente che, nel caso io contraessi malattie infettive, mi impegno a comunicarlo subito ai Sanitari di riferimento.

Ciò attesto per tutti gli usi consentiti dalle vigenti leggi e cui io risponderò legalmente.

Roma, il ____/____/____

In fede

(il dichiarante)