

SCHEMA DI PRE-TRIAGE

COGNOME NOME

Nat/a il tel.

Operatore sanitario (qualifica):

in servizio presso:

Consapevole delle sanzioni penali previste richiamate dall'art. 76 del dpr.445 del 28/12/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, DICHIARA sotto la propria responsabilità che nel periodo in cui è stato assente per malattia / ferie superiore a 120 ore (5 giorni):

Ha avuto

Non ha avuto:

- Sintomatologia correlata a COVID19 (febbre $>37.5^{\circ}\text{C}$, disgeusia (alterazione del gusto), anosmia (alterazione dell'olfatto), difficoltà respiratoria, mialgia, vomito / diarrea;
- Contatti familiari Covid19 o contatti con casi accertati/sospetti;
- Frequentato ambienti sanitari con casi accertati/sospetti;
- Misure di quarantena o risultato positivo al tampone per Covid19.

ANNOTAZIONI: assente dal al

.....

IL DICHIARANTE

.....