



SCUOLA DI PEDIATRIA

Modello di autodichiarazione

NOME _____ COGNOME _____
NATO IL _____ LUOGO DI NASCITA _____

Iscritto al
CL Medicina e Chirurgia anno :
Master/CdP di
Altro.....

Date frequenza : dalal.....

E' stato affetto da COVID oppure ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

Sintomi	SI	NO
Febbre >37,5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestione nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19 SI NO

PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS SI NO

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO
POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19:

Il sottoscritto/a come sopra identificato/a attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura universitaria

data _____

Firma