



**Assemblea Nazionale Straordinaria Elettiva 2020
in presenza COVID-19**



**Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000
Da consegnare alla reception dell'Assemblea Elettiva**

Il sottoscritto/a

Cognome e Nome

Luogo e Data di nascita, /

Residente a Via

Identificato a mezzo

N°

Rilasciato da

in data

CRITERI EPIDEMIOLOGICI	Si	No
È stato esposto a casi sospetti o accertati o a familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di COVID-19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha frequentato negli ultimi 14 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse?		
Convive con persone con febbre/febbre associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?		
CRITERI CLINICI		
Ho febbre (T.C. 37.5 °C) insorta da meno di 14 giorni?		
Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?		
Ha avuto febbre (T.C. 37.5 °C) tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?		
ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2		
Ho ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 mediante esame molecolare (tamponi)? In tal caso ha effettuato due tamponi rinofaringei consecutivi per SARS-CoV-2 risultati negativi?		
Ha effettuato un esame sierologico per SARS-CoV-2 che è risultato positivo (IgM e /o IgG)? In tal caso ha effettuato almeno un tampone rinofaringeo per SARS-CoV-2 risultato negativo?		

- dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità.
- dichiara di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa.
- controllo temperatura corporea

Roma, 22 novembre 2020 _____

Firma leggibile del dichiarante
