

AUTOCERTIFICAZIONE
(Emergenza COVID)

Io sottoscritto _____

nato a _____ (____) il ____ / ____ / ____

residente a _____

via e n. civico _____ (____)

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 della Salute www.salute.gov.it/Coronavirus/informazioni) che possa ipotizzare una infezione da Covid 19, per questo mi ritengo idoneo ad effettuare l'intervento chirurgico o trattamento medico concordato.
- di non aver effettuato viaggi nei 30 giorni precedenti alla data odierna, di aver rispettato le norme di distanziamento sociale imposte per questo periodo di pandemia, e di non avere parenti o familiari positivi al Covid 19, o con la sintomatologia soprascritta, con i quali è stato in contatto.
- di non poter escludere con certezza di essere stato/a in contatto con conoscenti/parenti COVID+ asintomatici nelle ultime 3 settimane.

Sono stato informato del rischio contrarre infezione COVID+ in seguito all'allontanamento da casa ed a procedure diagnostiche/terapeutiche con possibili soggetti COVID positivi asintomatici.

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

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

Bologna il ____ / ____ / ____

In Fede