

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____

Residente a _____ (____) Via _____ n. ____

Tenuto conto di quanto previsto dal D.L. 23 febbraio 2020 n.6 e relative ulteriori disposizioni attuative (DPCM 8 marzo 2020, DPCM 9 marzo 2020 e DPCM 11 marzo 2020), dal D.L. 9 marzo 2020 n.14, dalla Circolare del Ministero della Salute del 22/02/2020 e di quanto disposto dalla Regione Toscana (Ordinanza n.8 del 6 marzo 2020, Ordinanza n. 9 dell'8 marzo 2020, Ordinanza n. 10 del 10 marzo e Procedura n.2, vec.3, del 02/03/2020), consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 DPR n. 445/2000 e art. 495 c.p.)

DICHIARA

1. di aver soggiornato ovvero essere transitato, negli ultimi 14 giorni, nelle seguenti zone a rischio epidemiologico identificate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS):

- internazionali: Cina, Corea del Sud, Iran, Hong Kong, Giappone, Singapore;
- nazionali: Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Marche;

☐ SI' ☐ NO

2. di aver avuto contatto con soggetti che abbiano soggiornato ovvero siano transitati nelle zone a rischio epidemiologico identificate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ovvero con soggetti che hanno accusato sintomatologia respiratoria (tosse, dispnea) e/o febbre negli ultimi 14 giorni ovvero con soggetti risultati positivi per SARS-CoV-2 (già nCoV2019) ovvero di aver ricevuto diagnosi di Covid-19;

☐ SI' ☐ NO

3. di aver avuto contatto stretto con soggetti che lavorano in ambiente sanitario ☐ SI' ☐ NO già sottoposti a test sierologico rapido ☐ SI' ☐ NO - con risultato ☐ POSTIVO ☐ NEGATIVO oppure tampone rino-faringeo ☐ SI' ☐ NO con risultato ☐ POSTIVO ☐ NEGATIVO

4. di aver lavorato o frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezione da SARS- CoV-2 ☐ SI' ☐ NO

5. di essere risultato positivo per SARS-CoV-2 (già nCoV2019) ovvero di aver ricevuto diagnosi di Covid-19 ☐ SI' ☐ NO

6. di aver accusato sintomatologia respiratoria (es. tosse, dispnea) e/o febbre negli ultimi 14 giorni ☐ SI' ☐ NO

7. di accusare, allo stato attuale, sintomatologia respiratoria (es. tosse, dispnea) e/o febbre ☐ SI' ☐ NO

Firenze, ____/____/____

Firma (leggibile)