



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Protezione dalla diffusione del COVID-19
Autocertificazione relativa allo stato di salute e agli spostamenti in Sardegna

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ via/piazza _____

Città _____ Nazione _____

Documento di riconoscimento: Carta d'identità _____ Passaporto _____

Telefono mobile _____

DATI ANAMNESTICI

Ha avuto negli ultimi 21 giorni uno o più di questi sintomi?

| | | | | |
|------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Febbre >37,5° | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tosse | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. Stanchezza | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mal di gola | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mal di testa | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dolori muscolari e/o articolari | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. Congestione nasale | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nausea | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vomito | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. Perdita di olfatto o gusto | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11. Congiuntivite | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 12. Diarrea | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

DATI EPIDEMIOLOGICI

| | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI DI COVID-19 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI DI COVID-19 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Se sì, dove: | | | | |
| <input type="checkbox"/> ITALIA. (Regione:) | | | | |
| <input type="checkbox"/> ESTERO (Nazione:) | | | | |



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

| | | |
|---|--|--|
| 1. Arrivo in Sardegna: | DATA | |
| 2. Proveniente da: | | Città:..... Nazione..... |
| 3. Mezzo di trasporto: | AEREO | N. Volo:..... |
| | NAVE | Nome Motonave:..... |
| 4. Sono diretto a: | Località: | |
| 5. Soggiornerò | Albergo <input type="checkbox"/> | Nome:..... |
| | Casa Privata <input type="checkbox"/> | città:..... via e numero civico..... |
| | Altra struttura <input type="checkbox"/> | Nome:..... |
| 6. E' previsto uno spostamento: | Data:..... | Nuova località:..... |
| 7. Soggiornerò (città, via, numero civico): | Albergo <input type="checkbox"/> | |
| | Casa Privata <input type="checkbox"/> | città:..... via e numero civico..... |
| | Altra struttura <input type="checkbox"/> | |
| 8. Ripartenza dalla Sardegna: | DATA:..... | VOLO <input type="checkbox"/> NAVE: <input type="checkbox"/> |
| 9. Diretto a: | Nazione:..... | Città:..... |

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione

il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli descritti nella presente scheda.

Numero Verde regionale: XXXXXXXXXXX

il/la sottoscritto/a acconsente ad essere sottoposto a test diagnostico virologico per COVID-19 in caso di comparsa di manifestazioni cliniche compatibili con una infezione in atto

il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali anche attraverso applicazione informatica, tenendo presente che i suoi dati personali verranno distrutti il giorno successivo alla Sua partenza dalla Sardegna

il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale, nonché quelle prescritte dalla struttura ricettiva nella quale si recherà

il/la sottoscritto/a si impegna....

Data

FIRMA