DICHIARAZIONE DA PRESENTARE IL GIORNO DELLA PROVA D'ESAME
(Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020 Regione del Veneto – FASE 3)

PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE
SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEI CANDIDATI ALLE PROVE D'ESAME

L'accesso a qualsiasi titolo alle strutture è limitato ed è necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti gli ospiti ed agli operatori.

ACCESSO DEI CANDIDATI ALLE PROVE D'ESAME

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____/_____/_____ a _____ (_____), residente a _____ (____), via _____, contatto telefonico _____ email _____, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, nonché delle sanzioni previste dall'articolo 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1) Negli ultimi 14 giorni:
   - □ di aver avuto un contatto stretto* o di convivere con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)
   - □ di aver avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
   - □ di aver avuto un contatto stretto* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
   - □ di aver ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19
   - □ di essere in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19
   - □ che è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19
   - □ NESSUNO DEI CASI TRA QUELLI SOPRA ELENCATI

** I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:*
• hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano); hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); • hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
• si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.
• sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

2) Negli ultimi 14 giorni di essere in rientrato in Italia dalla seguente località estera (barrare lo stato interessato):
   ♦ Austria ♦ Belgio ♦ Svizzera ♦ Cipro ♦ Repubblica Ceca ♦ Germania ♦ Danimarca ♦ Estonia ♦ Finlandia ♦ Francia ♦ Ungheria ♦ Irlanda ♦ Islanda ♦Liechtenstein ♦ Lituania ♦Lussemburgo ♦ Lettonia ♦ Paesi Bassi ♦ Norvegia ♦ Polonia ♦ Portogallo ♦ Svezia ♦ Slovenia ♦ Slovacchia ♦ Regno Unito e Irlanda del Nord ♦ Andorra ♦ Principato di Monaco
   oppure di essere in rientrato negli ultimi 14 giorni in Italia dalla seguente località estera (barrare lo stato interessato): ♦ Grecia ♦ Spagna ♦ Croazia ♦ Malta e di essersi sottoposto entro 48 ore dall'ingresso nel territorio nazionale a test molecolare o antigenico e che lo stesso è risultato negativo - rif. Ordinanza del Ministro della Salute del 12/08/2020;
   oppure di essere in rientro in Italia dalla seguente località estera (non elencata tra i precedenti) e che quindi è sottoposto al periodo obbligatorio di 14 giorni di sorveglianza sanitaria e/o di isolamento fiduciario nell'abitazione/dimora situata al seguente indirizzo: piazza/via _____n._____ interno _____ Comune _____(___) CAP_____ presso:

_____ IN QUESTO CASO È INTERDETTO L'ACCESSO;

3) di presentare i seguenti sintomi:

- ☐ febbre (temperatura 37.5°C) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura
- ☐ tosse
- ☐ astenia
- ☐ respiro affannoso / difficoltà respiratorie
- ☐ dolori muscolari diffusi
- ☐ mal di testa
- ☐ raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
- ☐ mal di gola
- ☐ congiuntivite
- ☐ diarrea
- ☐ vomito
- ☐ perdita del senso del gusto (ageusia)
- ☐ perdita del senso dell'olfatto (anosmia)
- ☐ NESSUN SINTOMO TRA QUELLI SOPRA ELENCATI

Nel caso di compresenza di uno o più sintomi soprariportati e temperatura superiore a 37,5°C il soggetto dichiara di essere consapevole di essere obbligato a contattare il medico curante rimanendo in autoisolamento (ACCESSO INTERDETTO ALLA STRUTTURA).

Luogo, _____ data _____

Firma del dichiarante _____

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme all'Ufficio Personale della Struttura.