



Insieme per la tua salute

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.

Direttore Sanitario Dott. Achille Bombarda

Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39

info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it

Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501

C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 28/12/2000 N. 445

COGNOME NOME

DATA NASCITA SESSO F M

DICHIARA CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

HA AVUTO DUE DEI SEGUENTI SINTOMI: FEBBRE, TOSSE o difficoltà a respirare, NAUSEA – VOMITO – DIARREA – MAL DI GOLA – RAFFREDDORE - PERDITA DEL GUSTO O ODORATO – CONGIUNTIVITE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Ha soggiornato all'estero o in una qualsiasi altra zona considerata a rischio?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

COMPILARE SOLO NEL CASO DI PAZIENTE

- A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

È persona impegnata nell'assistenza di un caso Sospetto/confermato di COVID 19	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
È stato in contatto o vive nella stessa casa con persone positive al COVID 19 o sospette di essere positive	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
È stato in isolamento fiduciario domiciliare (quarantena): se sì, qual è stato l'ultimo giorno di isolamento	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Nel caso di risposta affermativa alle condizioni sopra elencate ricontattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento. L'accesso non sarà consentito.

- RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione del periodo di isolamento	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Nel caso di entrambe le risposte negative, ricontattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento. L'accesso non sarà consentito.		

Nell'ultima settimana è stato sottoposto al tampone rapido o molecolare ?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Esito
Ha eseguito il vaccino completo ?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quando

Io sottoscritto/a vista l'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, **ACCONSENTO** al trattamento dei dati riportati nel presente modulo.

Data Ora Firma dell'utente