



Insieme per la tua salute

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.

Sede operativa: Direttore Sanitario Dott. Fabio Francois Francone

Via Gen. C.A. Dalla Chiesa 15/17 - 21019 Somma Lombardo (VA)

Tel 0331.25.96.23 - Fax 0331.25.88.76 - info.somma@crp-online.it - www.crp-online.it

Sede legale: 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

NO

SI

Ha soggiornato all'estero o in una qualsiasi altra zona considerata a rischio?

NO

SI

È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA

NO

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

NO

SI

È stato in contatto o vive nella stessa casa con persone positive al  
COVID 19 o sospette di essere positive

NO

SI

È stato in isolamento fiduciario domiciliare (quarantena): se sì, qual è  
stato l'ultimo giorno di isolamento .....

NO

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

NO

SI

Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi

NO

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?

NO

SI

Esito .....

Ha eseguito il vaccino completo?

NO

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 .....