

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA AGENTI BIOLOGICI – COVID 19 –

AUTODICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto _____,
nato il _____.____.____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____,
utenza telefonica _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19** (*fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie*);
- come assertito nel contatto telefonico intercorso , di non aver presentato negli ultimi 14 giorni e di non presentare ora nessun sintomo come febbre, tosse, difficoltà respiratorie, dolori muscolari , mal di gola o difficoltà a percepire profumi ed odori.
- di rispettare i protocolli proposti ed indicati dallo studio quali misure DPI per la tutela del paziente e degli operatori.

Data, ora e luogo

temperatura

Firma del dichiarante

LO STUDIO ASTI CLINIC SRL
