

**Centro di Medicina preventiva e dello Sport dell'Università degli studi di Torino  
Modulo di Autocertificazione**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ In Via: \_\_\_\_\_

in ingresso nella Struttura per prestazione ambulatoriale **dichiara:**

di non essere stato posto dal sistema sanitario nazionale (medico di base, ASL) in isolamento fiduciario domiciliare, quarantena, malattia o ricoverato come sospetto, possibile o confermato caso COVID-19 o come contatto stretto di caso COVID-19

di non avere presentato nessuno dei seguenti sintomi negli ultimi 21 giorni: febbre  $\geq 37.5$  °C, Tosse, Dispnea (difficoltà respiratoria), Rinorrea (perdita copiosa di muco dal naso), Congiuntivite, Mal di gola, Riduzione/scomparsa di gusto e/o olfatto, Dolori muscolari

di non essere rientrato dall'estero negli ultimi 21 giorni

Qualora il suo percorso diagnostico-terapeutico richiedesse ulteriori accessi a questa struttura in giornate consecutive, se alcune delle condizioni sopra descritte dovessero variare, lei si impegna a darne immediata comunicazione al personale sanitario.

*Consapevole delle conseguenze civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazione falsa o mendace ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 confermo che quanto da me sopra dichiarato corrisponde al vero.*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Firma del Paziente

Firma Operatore