

ALLEGATO F - SOGGETTI "CONTATTI STRETTI" SOTTOPOSTI A QUARANTENA

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000) raccolta telefonica
DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI UFFICI

Io sottoscritto _____, nato a _____.

Il _____ C.F. _____

residente in _____ Via _____

(ovvero in caso di minori o sottoposti a tutela legale o amministrazione)

in qualità di _____

di _____, nato a _____.

il _____ C.F. _____

residente in _____ Via _____

Domiciliato in _____ Via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO che il/la Sig./Sig.ra _____
(ai sensi della circolare Ministero della Salute del 12.10.2020)

• **In quanto contatto stretto di paziente COVID-19 positivo perché:**

- Persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19
- Persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. la stretta di mano)
- Persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- Persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti in assenza di DPI idonei
- Persona che si è trovata in un ambiente chiuso (es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19, in assenza di DPI idonei
- Operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- Persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; ovvero compagno di viaggio o personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

• **ho osservato il periodo di quarantena dal _____ al _____**

• **non ho avuto nessuno dei seguenti sintomi riferibili al COVID-19:**

Febbre ≥ 37.5 , (o sensazione di febbre), Brividi, Tosse, Dispnea (difficoltà a respirare, respiro corto o affannoso), Anosmia (non sente gli odori), Ageusia (non sente i sapori), Inappetenza, Mal di testa, Sintomi gastrointestinali (mal di pancia, diarrea, vomito), Anoressia (mancanza di appetito), Astenia (ridotta forza muscolare), stanchezza, dolori muscolari, malessere generale, faringite (mal di gola), rinorrea o intasamento nasale, congiuntivite

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data) _____

Il dichiarante

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax, mail o tramite incaricato allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.