

SCHEDA PRE-TRIAGE

Il/La sottoscritto/a

Nome

Cognome

Nato/a a

Residente a

Via

DICHIARA

- Di prestare consenso alla rilevazione della propria temperatura corporea che deve essere inferiore a 37,5° per accedere allo studio medico
- Di non essere attualmente sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa vigente
- Di non aver avuto sintomi riconducibili al COVID-19 (febbre, tosse secca, raffreddore, difficoltà respiratoria, alterazione di gusto e/o olfatto, dolori muscolari, mal di gola, mal di testa) negli ultimi 14 giorni e si impegna ad avvisare tempestivamente qualora i sintomi comparissero
- Di essere a conoscenza delle precauzioni messe in atto in questo studio medico e dei rischi connessi alla visita medica
- Di non aver avuto contatti con pazienti positivi al COVID-19 e si impegna ad avvisare tempestivamente qualora ciò dovesse verificarsi

Data _____

Firma _____
