



Diocesi di Oppido Mamertina – Palmi

1° SINODO DIOCESANO

2020-2022

Camminare nella Verità

**AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO
(PRIMA ANAMNESI)**

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

La presente Autocertificazione verrà mantenuta agli atti inerenti al 1° Sinodo diocesano nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

ANAMNESI COVID-19

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNA DIAGNOSI DI COVID-19 CONFERMATA CON TAMPONE?

SI NO

HA RICONTRATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNO DEI SEGUENTI SINTOMI?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Febbre > 37,5° | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 2) Tosse | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 3) Faringodinia (mal di gola) | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 4) Rinite | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 5) Congiuntivite | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 6) Diarrea | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 7) Disgeusia (Perdita del gusto) | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 8) Anosmia (Perdita dell'olfatto) | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 9) Stanchezza | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 10) Mal di testa | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 11) Dolori muscolari | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| 12) Congestione nasale | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19?

SI NO

(CONTATTO STRETTO: STESSA ABITAZIONE; STRINGERE LA MANO; CONTATTO DIRETTO CON SECREZIONI; CONTATTO FACCIA A FACCIA OPPURE COMPRESA IN AMBIENTE CHIUSO PER PIÙ DI 15 MINUTI AD UNA DISTANZA INFERIORE A DUE METRI; ASSISTENZA SANITARIA SENZA DPI; VIAGGIO AEREO A DISTANZA MINORE O UGUALE A DUE POSTI).

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SEGRETERIA GENERALE DEL 1° SINODO DIOCESANO E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI.

Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno degli ambienti di svolgimento del 1° Sinodo diocesano.

Autorizzo la Diocesi di Oppido Mamertina-Palmi al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

In caso di minori, la firma va apposta da chi esercita la patria potestà.

Data _____

Firma _____