



## Autocertificazione per accedere all'AOU di Sassari per prestazioni ambulatoriali

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Il sottoscritto autocertifica le seguenti condizioni (ultimi 14 giorni):

- Soggiorno in paesi o località a rischio

Si	No
----	----

Se si, specificare il paese: \_\_\_\_\_

- Esposizione a casi sospetti o accertati di Covid-19 (o loro familiari)

Si	No
----	----

- Sintomi riconducibili a Covid-19 quali febbre, tosse secca, debolezza, mal di gola, congiuntivite, perdita del gusto o dell'olfatto, congestione nasale, diarrea, vomito?

Si	No
----	----

- Contatti con soggetti con sintomi respiratori o simil-influenzali

Si	No
----	----

Sassari, li \_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_