



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Protezione dalla diffusione del COVID-19

Autocertificazione relativa allo stato di salute e agli spostamenti in Sardegna

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ via/piazza _____

Città _____ Nazione _____

Documento di riconoscimento: Carta d'identità _____ Passaporto _____

Telefono mobile _____

DATI ANAMNESTICI

Ha avuto negli ultimi 21 giorni uno o più di questi sintomi?

1. Febbre >37,5°	SI		NO	
2. Tosse	SI		NO	
3. Stanchezza	SI		NO	
4. Mal di gola	SI		NO	
5. Mal di testa	SI		NO	
6. Dolori muscolari e/o articolari	SI		NO	
7. Congestione nasale	SI		NO	
8. Nausea	SI		NO	
9. Vomito	SI		NO	
10. Perdita di olfatto o gusto	SI		NO	
11. Congiuntivite	SI		NO	
12. Diarrea	SI		NO	

DATI EPIDEMIOLOGICI

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19	SI		NO	
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI DI COVID-19	SI		NO	
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI DI COVID-19	SI		NO	
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI		NO	
CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI		NO	
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI?	SI		NO	
Se sì, dove: ITALIA. (Regione:) ESTERO (Nazione:)				



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. Arrivo in Sardegna:	DATA
2. Proveniente da:		Città:..... Nazione:.....
3. Mezzo di trasporto:	AEREO	N. Volo:.....
	NAVE	Nome Motonave:.....
4. Sono diretto a:	Località:
5. Soggiornerò	Albergo	Nome:.....
	Casa Privata	città:..... via e numero civico:.....
	Altra struttura	Nome:.....
6. E' previsto uno spostamento:	Data:.....	Nuova località:.....
7. Soggiornerò (città, via, numero civico):	Albergo
	Casa Privata	città:..... via e numero civico:.....
	Altra struttura
8. Ripartenza dalla Sardegna:	DATA:.....	VOLO NAVE:
9. Diretto a:	Nazione:.....	Città:.....

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione

il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli descritti nella presente scheda.

Numero Verde regionale: XXXXXXXXXX

il/la sottoscritto/a acconsente ad essere sottoposto a test diagnostico virologico per COVID-19 in caso di comparsa di manifestazioni cliniche compatibili con una infezione in atto

il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali anche attraverso applicazione informatica, tenendo presente che i suoi dati personali verranno distrutti il giorno successivo alla Sua partenza dalla Sardegna

il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale, nonché quelle prescritte dalla struttura ricettiva nella quale si recherà

il/la sottoscritto/a si impegna....

Data

FIRMA