



ISTITUTO DELLE RIABILITAZIONI IRR

RIBA S.p.A.

Sede Operativa:

Corso Francia, 104/3 - 10143 Torino - Tel. 011.39.99.222 - info@irriba.it - www.irriba.it

Direttore Sanitario: Dr. Luigi Molino

Sede Legale: Via Prarostino, 10/A - 10143 Torino

P.IVA 05795860013 - C.F. 02015500040 - R.E.A. TO 737142 - info@diagnosticariba.it - www.diagnosticariba.it

Società con Socio Unico - Capitale Sociale Euro 690.000,00 I.V

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 28/12/2000 N. 445

COGNOME NOME

DATA NASCITA SESSO F M

DICHIARA CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

HA AVUTO DUE DEI SEGUENTI SINTOMI: FEBBRE, TOSSE o difficoltà a respirare, NAUSEA – VOMITO – DIARREA – MAL DI GOLA – RAFFREDDORE - PERDITA DEL GUSTO O ODORATO – CONGIUNTIVITE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Ha soggiornato all'estero o in una qualsiasi altra zona considerata a rischio?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
--	-----------------------------	-----------------------------

COMPILARE SOLO NEL CASO DI PAZIENTE

- A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

È persona impegnata nell'assistenza di un caso Sospetto/confermato di COVID 19	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
È stato in contatto o vive nella stessa casa con persone positive al COVID 19 o sospette di essere positive	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
È stato in isolamento fiduciario domiciliare (quarantena): se sì, qual è stato l'ultimo giorno di isolamento	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Nel caso di risposta affermativa alle condizioni sopra elencate ricontattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento. L'accesso non sarà consentito.

- RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione del periodo di isolamento	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Nel caso di entrambe le risposte negative, ricontattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento. L'accesso non sarà consentito.

Nell'ultima settimana è stato sottoposto al tampone rapido o molecolare ?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Esito
Ha eseguito il vaccino completo ?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quando

Io sottoscritto/a vista l'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, **ACCONSENTO** al trattamento dei dati riportati nel presente modulo.

Data Ora Firma dell'utente