



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

c) Ricerca possibile contatto con eventuali positivi al COVID – 19

Ha viaggiato SI NO se SI specificare dove _____

È stato in una struttura sanitaria SI NO se SI specificare dove _____

È stato in una struttura per anziani SI NO se SI specificare dove _____

Ha avuto contatti con una persona positiva al COVID-19

SI NO se SI specificare quando _____

Ha avuto contatti con una persona affetta da infezione respiratoria

SI NO se SI specificare quando _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
dichiara:

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art 495 c.p.) di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere positivo al test diagnostico per la rilevazione del COVID – 19;
- di prestare il proprio consenso all'effettuazione del test molecolare da parte della Regione Sardegna.
- di prestare il proprio consenso all'effettuazione dell'indagine epidemiologica regionale per il tramite di test di screening con determinazione della presenza di anticorpi che sarà effettuato dal personale sanitario delle autorità aereoportuali;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente 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.

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____