



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	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2. Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
3. Stanchezza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
4. Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
5. Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
6. Dolori muscolari e/o articolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
7. Congestione nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
8. Nausea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
9. Vomito	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
10. Perdita di olfatto o gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
11. Congiuntivite	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
12. Diarrea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

DATI EPIDEMIOLOGICI

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI DI COVID-19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI DI COVID-19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Se sì, dove:				
<input type="checkbox"/> ITALIA. (Regione:)				
<input type="checkbox"/> 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: XXXXXXXXXXX

☐ 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