

Autodichiarazione COVID-19: "Triage"

Prima parte da esibire su richiesta

Questo questionario è parte integrante della prevenzione dal contagio da COVID-19, in implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi della normativa nazionale e delle ordinanze regionali. In caso che si siano accusati sintomi da contagio quali febbre, tosse, diarrea, difficoltà di respirazione, astenia/mialgie (stanchezza/dolori muscolari), anosmia (alterazioni o perdita olfatto) si richiede di dichiararli.

Il/La sottoscritto/a _____

Quale candidato della procedura _____,

recatomi in data ____/____/202____,

avendo letto l'informativa privacy resa disponibile presso la portineria e/o allegata alla presente, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sono punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, fornisco le seguenti informazioni.

Autodichiarazione per sintomi COVID-19.

1) Scegli la sede della Scuola in cui devi entrare*

Scegli **solo una** delle seguenti:

- Sede centrale Pisa
- TeCIP - CNR
- Palazzo Alliata
- Collegio Terzani (Ex Immacolatine)
- Palazzo Toscanelli
- Via Maffi
- Via Vernagalli
- PERCRO La Fontina
- PlantLab La Fontina
- BioLab La Fontina
- Biorobotica Pontedera
- Collegio Faedo
- Via San Zeno
- Scoglio della Regina Livorno
- Fondazione Monasterio – CNR
- Dogana dell'Acqua Livorno

*La scelta della sede si riferisce al **PRIMO** movimento della giornata. In caso di trasferimento nello stesso giorno in più sedi, ricordati di **mostrare**, se richiesto, **la ricevuta inviata via e-mail alla fine del questionario**.

2) Hai attualmente sintomi riferibili a COVID-19?*

Scegli **solo una** delle seguenti voci:

- No
- Sì

* Ai fini di rilevamento di possibile contagio, si prega di considerare **anche uno soltanto dei seguenti sintomi**:

Febbre ≥ 37.5 come da rilevazione della temperatura corporea odierna all'ingresso della sede della Scuola (ovvero è stato segnalato un allarme dal dispositivo di scansione)

Tosse

Diarrea

Difficoltà di respirazione (dispnea)

Astenia/mialgie (stanchezza/dolori muscolari)

Anosmia (alterazioni o perdita olfatto)

Ageusia (alterazioni o perdita del gusto)

3) Hai avuto negli ultimi 14 giorni sintomi o contatti a rischio per COVID-19? *

Scegli **solo una** delle seguenti voci:

No

Sì

* Per rispondere alla domanda, si prega di considerare i contatti e i sintomi come di seguito indicati (**anche soltanto uno di essi**):

Esposto a persone con febbre

Esposto ad un caso di COVID confermato

Sintomi come indicati alla precedente domanda (Febbre ≥ 37.5 ; Tosse; Diarrea; Difficoltà di respirazione (dispnea); Astenia/mialgie (stanchezza/dolori muscolari); Anosmia (alterazioni o perdita olfatto); Ageusia (alterazioni o perdita del gusto))

4) Sei sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione?

Scegli **solo una** delle seguenti voci:

No

Sì

Data _____

Firma _____