

Autodichiarazione da parte del PAZIENTE	Ambulatorio Diagnostico Radiologica Dentale srl Cavarzere via Pescheria 30 Ve 30014	Revisione 0 09.04.2020 da Pag. 1 di 1
---	---	---

Il/La Sottoscritto/a

COGNOME.....NOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA.....

CODICE FISCALE.....

INDIRIZZO PRIVATO.....TEL.....

CAP..... CITTA.....PROV.....

PROFESSIONE.....LUOGO DI LAVORO TEL.....

DICHIARA

- 1) di aver letto e compreso l'informativa esposta in sala di attesa per la prevenzione della diffusione dell'infezione da Coronavirus – COVID -19
- 2) di non aver avuto contatti con l'area rossa (quarantena) o persone collegate essa;
- 3) di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al Covid-19;
- 4) di non aver alcuna sintomatologia simili influenzale, febbre o sintomi, respiratori.

Firma del Paziente.....
per Esteso

Cavarzere