



QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER VISITE AMBULATORIALI

POLIAMBULATORIO
VIA ARCE, 4
00177 ROMA
TEL 0624291900

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

il

residente in

(Provincia

Via

, N°

CAP

, tel.

in qualità di:

interessato

esercente la potestà di genitore di

amministratore di sostegno dell'incapace naturale

curatore di

nato/a a

il

residente in

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000**

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Negli ultimi 14 giorni è comparsa febbre superiore a 37,5°? SI

NO

Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, difficoltà a riconoscere odori e sapori?

SI

NO

Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con elevata incidenza di COVID-19 o ha avuto contatti con qualcuno affetto da sintomi respiratori o in isolamento fiduciario o popolazione a rischio?

SI

NO

Luogo e data

Firma estesa e leggibile