



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Protezione dalla diffusione del COVID-19

### MODULO DI REGISTRAZIONE

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra .....

Nato/a a .....il .....

Residente in (via/piazza) ..... n. .... Città..... Nazione .....

Documento di riconoscimento: Carta d'identità num. .... o Passaporto num. ....

Telefono mobile.....

*completare la compilazione del modulo indicando il proprio stato di salute con apposizione di segno di spunta su SI o NO*

#### 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

(\*) da comunicare per quanto di propria conoscenza

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:

- ITALIA    Indicare la Regione: .....
- ESTERO    Indicare la Nazione: .....

*la compilazione del modulo prosegue a pagina successiva e/o sul retro*



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Arrivo in Sardegna:	Data	
Proveniente da:	Città:	Nazione:
Mezzo di trasporto:	<input type="checkbox"/> AEREO	N. Volo:
	<input type="checkbox"/> NAVE	Nome Motonave:
Sono diretto a:	Località:	
Soggiornerò in:	<input type="checkbox"/> Albergo	Nome:
	<input type="checkbox"/> Casa privata	Città: via e numero civico
	<input type="checkbox"/> Altra struttura	Nome:
E' previsto uno spostamento:	Data:	Nuova località:
Ripartenza dalla Sardegna:	Data:	<input type="checkbox"/> AEREO <input type="checkbox"/> NAVE
Diretto a:	Città:	Nazione:

Completare la compilazione del modulo confermando con apposizione di segno di spunta per le attestazioni seguenti:

- il/la sottoscritto/a, come sopra identificato/a, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati anagrafici e quelli relativi allo spostamento e al soggiorno in Sardegna corrispondono 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 Protezione civile: 800 894 530
  - Numero verde Sanità: 800 311 377
- 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 inseriti in un apposito database regionale, conservati per 14 giorni e utilizzati per le azioni di monitoraggio dei soggetti interessati come previsto dall'art. 5 dell'ordinanza n. 27 del 2 giugno 2020;
- 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.

Data, .....

FIRMA

.....