



**CENTRO HERCOLANI S.R.L.**  
SOTTO L'ALTO PATRONATO DEL S.M. ORDINE DI MALTA  
SISTEMA QUALITA' CERTIFICATO UNI EN ISO 9001:2015  
ACCREDITAMENTO S.S.R.  
VIA M. D'AZEGLIO, 46  
40123 BOLOGNA

MSQ 7.5.1.04.12  
REV 2 DEL 09/11/2020

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

**Triage Covid 19**

**DATI PAZIENTE**

Cognome	Nome	
Data Nascita	Luogo Di Nascita	
Residenza Via	N.	
Comune	Prov.	Tel./Cell.

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole della perseguibilità di eventuali dichiarazioni mendaci, quanto segue:

- **L' assenza dei seguenti sintomi riconducibili a Covid-19:**
  - ✓ Temperatura corporea superiore a 37.5°C
  - ✓ Tosse
  - ✓ Malattia respiratoria acuta in atto
- **Di non essere sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale**
- **Di non essere risultato positivo al tampone per l'individuazione del virus SARS-COV 2**

**FIRMA**

Consegnare la scheda compilata all'operatore sanitario di riferimento prima dell'effettuazione della prestazione.  
Grazie per la collaborazione