



Università degli Studi di Messina

SCHEDA INDIVIDUALE E PARENTALE ANAMNESTICA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____, via _____

Recapito telefonico _____

DICHIARA

negli ultimi 14 giorni

- di non avere avuto febbre o temperatura corporea superiore a 37,5°
- di non avere avuto faringodinia / mal di gola
- di non avere presentato tosse e/o difficoltà respiratoria
- di non avere presentato rinite / rinorrea / ostruzione nasale
- di non avere presentato stanchezza / dolori muscolari superiori alla normalità
- di non avere presentato diarrea / vomito
- di non avere presentato alterazione dei sapori e degli odori
- di non avere avuto contatti con persone risultate positive al Covid 19
- che nessuno dei suoi conviventi si trova in atto nelle condizioni sopraindicate.

Se le suddette situazioni si dovessero presentare nei 14 giorni successivi alla compilazione della presente scheda, SI IMPEGNA a informare tempestivamente la Commissione d'esame e le Autorità sanitarie competenti.

Con la sottoscrizione della presente scheda si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti ai fini dell'emergenza COVID 19

Firma



Università degli Studi di Messina

INDIVIDUAL AND FAMILY ANAMNESIS DECLARATION

I, the undersigned _____

Place of birth _____

D.O.B. _____

Resident in _____

Address _____

Telephone number _____

DECLARE

That in the last 14 days:

- I have not had a fever or body temperature above 37.5° C
- I have not had a sore throat
- I have not had a cough or difficulties breathing
- I have not had rhinitis (runny nose) or nasal obstruction (stuffy nose)
- I have not felt fatigued/abnormal muscular pains
- I have not had diarrhea or vomiting
- I have not experienced changes in my sense of taste or smell
- I have not been in contact with people who have been diagnosed positive for Covid-19
- No one who lives with me has had any of the above.

*If the above situations occur within 14 days after the compilation of this form, I **WILL** promptly inform the exam commission and the competent health authorities.*

By signing this form, you authorize the processing of the personal data contained in this form for Purpose of the COVID-19 emergency.

Signature
