

CERTIFICATO ANAMNESTICO

**di cui all' ORDINANZA n° 37 del 22/4/2020 e n° 39 del 25/4/2020
e relativi allegati - Regione Campania**

Certifico che il Sig./ra nato/a
il residente..... sulla base dei dati da me
in possesso, della raccolta anamnestica da me effettuata, verificato che non presenta
febbre (oltre 37,5 °C), riferisce assenza di sintomi influenzali, e che non presenta
attualmente segni clinici di patologia acuta in atto, ed è in apparente buona salute.

*Si rilascia per gli usi consentiti su richiesta dell'interessato. Il presente non può
sostituire ovvero essere utilizzato se non come valutazione di supporto anamnestico nei
casi previsti dalla vigente in ordine alla sorveglianza sanitaria e sicurezza sul lavoro,
come regolamentato dal D.Lgs 81/2008 e 106/2009.*

In fede

.....
(timbro e firma)

Il sottoscritto Sig.DICHIARA di aver ottenuto la
prestazione ed il conseguente certificato a TITOLO GRATUITO.

.....
(firma paziente)