

## 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)