

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a il ____ . ____ . ____ a _____ (____),

residente in _____ (____), via _____

recapito telefonico _____ mail _____,

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE NEGLI UTLIMI 14 GIORNI

- non ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)
- non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
- non è stato sottoposto a regime di quarantena e non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19
- non è rientrato da paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 6 comma 2 del DPCM 11 giugno 2020, (per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia)
- non ha presentato anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto

Luogo e data _____

Firma leggibile del dichiarante

Confermo di aver preso accordi con il personale del reparto _____, e di essere a conoscenza delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 previste dalla struttura durante la visita:

- Indossare la mascherina chirurgica, che deve coprire bene il naso la bocca e il mento, per tutto il periodo di sosta in struttura
- Igienizzare le mani con gel alcolico in ingresso e uscita dalla stanza di degenza
- Mantenere la distanza di sicurezza di almeno un metro

Nota: il presente modulo deve essere consegnato al personale di reparto e archiviato in cartella clinica