

**AUTODICHIARAZIONE VISITATORI**

**DAL SECONDO ACCESSO**

**ai sensi del Decreto n. 144 del 13/7/2020**

**Misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID 19**

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:**

non sono mutate le condizioni rispetto a quanto precedentemente autodichiarato

sono mutate le condizioni rispetto a quanto precedentemente autodichiarato:

---

---

---

---

---

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