

AUTODICHIARAZIONE PER VISITATORI

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 a pubblico ufficiale
(art. 495c.p.),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che negli ultimi 14 giorni:

- non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID
- non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, ecc.)
- non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena
- Non è rientrato in Italia, nè ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta, Spagna, Francia, Belgio, Paesi Bassi, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Repubblica Ceca.

che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.)
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia)

A questo riguardo, dichiara di attenersi alle indicazioni fornite dal personale sanitario nel rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo nei confronti del paziente:

Nome e cognome _____

luogo e data di nascita _____

In caso variassero le condizioni di cui alla presente certificazione, mi impegno a darne tempestiva comunicazione al personale U.O.

Data e ora

Firma leggibile del dichiarante

Spazio dedicato all'operatore di Ospedali Privati Forlì

Documenti presentati per l'accesso (*visionare e restituire all'utente*)

certificato vaccinale (validità 6 mesi)-completamento del ciclo il _____

certificato di guarigione (validità 6 mesi)-data fine isolamento il _____

referto tampone negativo (validità 7 giorni dal prelievo) del _____

Data _____

Operatore _____