

**AUTODICHIARAZIONE PER L'ACCESSO DI
VISITATORI/CAREGIVER/ACCOMPAGNATORI IN REPARTO
OSPEDALIERO**

**Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 144
13 luglio 2020, D.L. n. 52 del 22 aprile 2021, D.L. n. 65 del 18 maggio 2021**

Il/la sottoscritto/a

Nome e cognome _____

Data di nascita _____

Comune di residenza (o domicilio se diverso) _____

Recapito telefonico _____ mail _____

Dichiara sotto la propria responsabilità che negli ultimi 14 giorni:

- 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;
- non ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (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, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

Si impegna inoltre a comunicare alla struttura eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato

- **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 _____**

Data

Firma leggibile del dichiarante

Nota: In caso di visitatori/caregiver/accompagnatori in possesso di certificato verde COVID-19 in corso di validità, l'autodichiarazione dovrà essere compilata solo al primo accesso, salvo cambiamenti delle condizioni del compilatore.