



## AUTODICHIARAZIONE del VISITATORE/CAREGIVER/ACCOMPAGNATORE IN DEGENZA OSPEDALIERA (da conservare in cartella clinica)

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, D.L. n. 221 del 24/12/2021, D.L. n. 229 del 30/12/2021

### Io sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a (o domicilio, se diverso) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Caregiver/Visitatore/Accompagnatore del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Reparto/Servizio \_\_\_\_\_

### Dichiaro sotto la mia responsabilità:

di essere in possesso di Certificazione Verde (cd. Green Pass)

### e che negli ultimi 14 giorni:

- non ho 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 ho avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);
- non ho avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.);
- non sono stato/a sottoposto/a a regime di quarantena e non ho 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.

### inoltre:

- non accederò in ospedale se, nei prossimi giorni, dovessi presentare i disturbi sopracitati e mi rivolgerò al mio Medico di Medicina Generale;
- rispetterò i seguenti obblighi:
  - indossare la mascherina FFP2 per tutto il tempo di permanenza nella struttura;
  - utilizzare il gel idroalcolico per la frizione delle mani;
  - rispettare le norme igieniche della struttura;
  - mantenere la distanza di sicurezza con tutti i professionisti e gli altri utenti/degenti.

Mi impegno a comunicare alla struttura eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato

Data \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) \_\_\_\_\_