



Autodichiarazione per l'accesso di visitatori/caregiver/accompagnatori in reparto ospedaliero

Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza al Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 144 del 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: _____

E-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.

Data _____

Firma _____

Versione 20.08.2021 per l'accesso al reparto dopo controllo del Check Point.

PG 11704 del 02/08/2021 "Emergenza Covid 19. Aggiornamento Indicazioni per l'accesso di visitatori e accompagnatori presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli", in ottemperanza della Determina RER, DGCPSP n. 11590 del 18/06/2021.

D.L. 105 del 23/07/2021 - "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche".