



## DICHIARAZIONE DEL VISITATORE E CAREGIVER

MOD 60 05  
Rev.0  
del. 28/09/2021  
Pag 1/2

Io sottoscritto/a Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

In qualità di visitatore/visitatrice/caregiver del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

### Dichiaro sotto la mia responsabilità che:

- ho ricevuto la somministrazione di almeno una dose di vaccino anti COVID-19 da almeno 15 giorni; oppure
- ho completato il ciclo vaccinale anti COVID-19 da non oltre 9 mesi; oppure
- sono guarito/a da COVID-19 da non più di 6 mesi; oppure
- mi sono sottoposto/a nelle ultime 48 ore a test molecolare o antigenico per la rilevazione di SARS-CoV-2 con esito negativo; oppure
- nessuno dei casi precedenti.

### Dichiaro inoltre sotto la mia responsabilità 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;
- negli ultimi 14 giorni non ho avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);
- negli ultimi 14 giorni 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.);
- negli ultimi 14 giorni 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; e che:
- non accederò in ospedale se, nei prossimi giorni, dovessi presentare i disturbi sopracitati e mi rivolgerò al mio Medico di Medicina Generale;



## DICHIARAZIONE DEL VISITATORE E CAREGIVER

MOD 60 05  
Rev.0  
del. 28/09/2021  
Pag 2/2

- 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 inoltre a comunicare alla struttura eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato

**Le presenti informazioni saranno conservate nella Struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto.**

**Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi alle indicazioni emanate dalla Regione Emilia-Romagna e dai documenti di Asp Seneca per l'accesso dei visitatori in CRA.**

**Dichiaro di aver preso visione della INFORMATIVA PRIVACY ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 ("RGPD") e della normativa italiana vigente in materia.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_