



AUTODICHIARAZIONE DEL VISITATORE E CAREGIVER

MOD 60 05
Rev.1
del. 27.12.2021
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:

- 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;

- 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



AUTODICHIARAZIONE DEL VISITATORE E CAREGIVER

MOD 60 05
Rev.1
del. 27.12.2021
Pag 2/2

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 _____