

Covid-19 - Sicurezza nelle strutture ospedaliere Autodichiarazione per accompagnatori e visitatori

(DPR 445/2000, art. 46 e 47; Determinazione RER 10742/2020; Ordinanza del Presidente della Giunta regionale E-R 144/2020)

Io sottoscritto/a (nome)		(cognome)
nato/a il	a	Prov.
residente a		Prov.
via		n.
domiciliato a (compilare solo se diverso da residenza)		Prov.
via		n.
telefono		e-mail

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

- ▶ NON sono stato sottoposto a regime di quarantena e non ho ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19
- ▶ NON ho avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (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 rientrato da Paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 6 comma 2 DPCM 11.6.2020 e successivi provvedimenti, per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia (l'elenco aggiornato dei Paesi è disponibile su www.salute.gov.it/viaggiatori)
(al 24.7.2020 non è previsto l'isolamento per chi rientra da: Andorra, Austria, Belgio, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Islanda, Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Principato di Monaco, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del nord, Repubblica Ceca, Repubblica di San Marino, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Stato della Città del Vaticano, Svezia, Svizzera e Ungheria)
- ▶ 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

DICHIARO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

<input type="checkbox"/> accompagnare	<input type="checkbox"/> far visita a (nome)	(cognome)
nell'Ospedale di		reparto di

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

ATTENZIONE! L'autodichiarazione vale per l'intera giornata in cui viene compilata