



MODULO DI AUTODICHIARAZIONE ACCESSI CASA DI CURA
Visitatori – Caregivers – Accompagnatori

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.105 del 23 luglio 2021

Il/La sottoscritto/a:

Data di nascita:

Comune di residenza:

Prov ()

(e domicilio se diverso)

Prov ()

N° telefonico:

Nome e cognome del paziente:

Temperatura rilevata al check point < 37,5 >= 37,5

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 consintomi 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

Il sottoscritto dichiara inoltre sotto la propria responsabilità di aver presentato al check point:

- Certificazione Verde GREEN PASS BOOSTER (ciclo vaccinale primario e dose di richiamo) o eventuali certificati rilasciati in sede vaccinale;
- Certificazione Verde GREEN PASS RAFFORZATO (ciclo vaccinale primario/guarigione unitamente ad esito NEGATIVO di un test antigenico (48 ore) o molecolare (72 ore)) o eventuali certificati vaccinali o di guarigione, oltre all'esito del tampone negativo;
- Certificazione Verde GREEN PASS BASE (esito NEGATIVO di un test antigenico (48 ore) o molecolare (72 ore); prima dose di vaccino) se accompagnatore di un soggetto minore/ ultra ottantenne/ non autosufficiente / con disabilità fisica e/o psichica / cognitiva / con barriera linguistica (SOLO per accompagnatori di visite ambulatoriali)

TIMBRO VERIFICA GREEN PASS _____

Data _____

Firma _____

Le disposizioni non si applicano ai soggetti esclusi per età dalla campagna vaccinale e ai soggetti esterni sulla base di idonea certificazione medica.