

TC dichiarante (deve essere < di 37,5 C) _____

Sigla operatore VB _____

|__| accesso garantito |__| accesso negato

AUTODICHIARAZIONE per VISITATORI/ACCOMPAGNATORI/CAREGIVER
Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza all'Ordinanza 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 sottoscritto _____,
nato il _____.____._____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____
utenza telefonica _____,
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

di essere in possesso di Certificazione verde Covid 19 in corso di validità

oppure di essere incluso in una delle seguenti eccezioni, in quanto accompagnatore/
visitatore di:

- utente/paziente con riconoscimento di disabilità (legge 5/02/1992, **n. 104**);
- utente/paziente < 18 anni;
- donne in stato di gravidanza
- utente/paziente con disabilità fisica, psichica o cognitiva non certificata che ne richiedano il supporto;
- di essere in possesso di certificato di esenzione alla vaccinazione Covid 19.

INOLTRE 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 ;
- non ha avuto un contatto stretto con persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 ;
- non è stato sottoposto a 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.

A questo riguardo, dichiara di attenersi alle indicazioni fornite dal personale sanitario nel rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo nei confronti del paziente:

nome e cognome

nato il \.....\..... a

Data

Firma del dichiarante