

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE "COVID" PER VISITATORE/CARE GIVER

Autodichiarazione per l'accesso di visitatori e accompagnatori in reparto ospedaliero 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. Il presente Modulo, debitamente compilato e firmato, deve essere consegnato al personale dedicato al triage

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome: _____

Data di nascita: ___/___/___ Comune di residenza (o domicilio se diverso): _____

Recapito telefonico: _____ E-mail (opz.): _____

PAZIENTE CHE RICEVE LA VISITA: _____

REPARTO DI RICOVERO DEL PAZIENTE: _____

MOTIVO DELL'ACCESSO: _____

dichiara sotto la propria responsabilità che:

- è in possesso di certificazione verde COVID-19/Green pass COVID-19;
oppure
- ha ricevuto la somministrazione di almeno una dose di vaccino anti COVID-19 da almeno 15 giorni;
oppure
- ha completato il ciclo vaccinato anti COVID-19 da non oltre 9 mesi;
oppure
- è guarito da COVID-19 da non più di 6 mesi;
oppure
- si è sottoposto nelle ultime 48 ore a test molecolare o antigenico per la rilevazione di SARS-CoV-2 con esito negativo;
oppure
- nessuno dei casi precedenti.

dichiara inoltre 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;
- negli ultimi 14 giorni non ha 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 ha 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 è stato sottoposto a regime di 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^{1, 2}, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

Data: _____

Firma: _____

Il modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura. Le informazioni ivi contenute saranno conservate per un periodo di almeno 30 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto.

¹ **Stati membri dell'Unione Europea** (oltre all'Italia, sono Stati membri della UE: Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Ungheria)

² **Stati parte dell'accordo di Schengen** (gli Stati non UE parte dell'accordo di Schengen sono: Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera)

