

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna	Policlinico S. Orsola-Malpighi
DICHIARAZIONE del VISITATORE - AUTOCERTIFICAZIONE EMERGENZA COVID-19 (da conservare in cartella clinica)			

Io sottoscritto/a.....
 Nato/a il.....a.....
 Residente a (o domicilio, se diverso)
 Recapito telefonico.....
 E-mail.....

In qualità di **visitatore/visitatrice del Sig. Sig.ra**.....
 Reparto

DICHIARO:

Di non avere avuto nessuno dei seguenti disturbi negli ultimi 14 gg:

- febbre > 37.5 °C (misurazione della temperatura)
- tosse
- raffreddore
- mal di gola
- congiuntivite
- difficoltà respiratoria
- vomito o diarrea
- perdita di gusto e/o olfatto
- mal di testa
- dolori muscolari diffusi

E

- di non aver avuto un contatto stretto con un caso sospetto o accertato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti
- di non aver avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 nei 14 giorni precedenti
- di non essere sottoposto al regime della quarantena o dell'isolamento fiduciario, né di essere rientrato da meno di 14 giorni da paesi extra UE e/o extra Schengen (di cui all'art. 6 comma 2 del DPCM 11 giugno 2020 – schema in allegato) per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia;

Di NON accedere in ospedale se, nei prossimi giorni, dovessi presentare almeno uno di questi disturbi (rivolgendomi, invece, immediatamente al Medico di Famiglia)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p>	<p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
<p>DICHIARAZIONE del VISITATORE - AUTOCERTIFICAZIONE EMERGENZA COVID-19 (da conservare in cartella clinica)</p>			

Di accettare l'obbligatorietà a:

- Indossare la mascherina chirurgica 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 altri utenti/degenti

Data _____

Firma LEGGIBILE _____

Schema - Paesi in cui è consentito il libero accesso e non prevedono isolamento:

Elenco dei paesi dai quali è consentito il libero accesso in Italia e che non prevedono isolamento fiduciario di 14 giorni:

Stati membri dell'Unione Europea:

ITALIA, 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

Stati non UE parte dell'accordo di Schengen: ISLANDA, LIECHTENSTEIN, NORVEGIA, SVIZZERA

Altri paesi di libero accesso: REGNO UNITO DI GRAN BRETAGNA E IRLANDA DEL NORD, ANDORRA, PRINCIPATO DI MONACO, REPUBBLICA DI SAN MARINO E STATO DELLA CITTÀ DEL VATICANO.